

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Twoje Bezpieczeństwo+

Indeks ABŻ02



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE TWOJE BEZPIECZEŃSTWO+ (INDEKS ABŻ02)

W tabeli wskazujemy istotne informacje o ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Pojęcia zdefiniowane w o.w.u., mają znaczenie nadane im w o.w.u. Ilekroć w tabeli poniżej wskazujemy na postanowienie, w którego treści odwołujemy się do pojęć zdefiniowanych w §83 o.w.u. (pojęcia zdefiniowane są wyróżnione w treści o.w.u. pogrubionym drukiem), to każdorazowo dane postanowienie należy odczytywać łącznie z brzmieniem definicji pojęcia mającego zastosowanie do danego świadczenia.

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Śmierć Ubezpieczonego	§2 ust. 1; §67; §68; §69; §83	§2 ust. 2; §63 ust. 2; §69 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku oraz assistance pogrzebowy w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub członka rodziny w następstwie wypadku	§3 ust. 1, 3, 5; Tabela nr 1; Tabela nr 2; §67; §68; §69; §83	§3 ust. 7-11; łączne wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 1 i Tabeli nr 2; §56 ust. 1 i 3; §63 ust. 2; §69 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	§4 ust. 1; §67; §68; §69; §83	§4 ust. 3; §56 ust. 1 i 3; §63 ust. 2; §69 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	§5 ust. 1; §67; §68; §69; §83	§5 ust. 3-5; §56; §63 ust. 2; §69 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	§6 ust. 1; §67; §68; §69; §83	§6 ust. 3; §56 ust. 1 i 3; §63 ust. 2; §69 ust. 2; §71 ust. 5; §83

Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	§7 ust. 1 i 3; Tabela nr 3; §67; §68; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony”	§7 ust. 4-13; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 3; §56; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony”
Rozpoznanie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu	§8 ust. 1-4; §67; §68; §83	§8 ust. 5-8; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Assistance onkologiczny	§9 ust. 1, 4-6, 8, 13, Tabela nr 4, Tabela nr 5, Tabela nr 6, §67, §68, §83	§9 ust. 2-3, 7-13; maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 4; wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 5; Tabela nr 5: a) Rozdział I pkt 2-4 każdorazowo po średniku, b) Rozdział I pkt 10-11 każdorazowo informacja zawarta w nawiasie, c) Rozdział I pkt 13 w zakresie ćwiczeń wytrzymałościowych informacja zawarta w nawiasie; wysokości sum ubezpieczenia assistance i limitów wskazane w Tabeli nr 6; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Powtórna opinia medyczna	§10 ust. 1-3; §67; §68; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 2”	§10 ust. 4-8; §56; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 2
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu	§11 ust. 1, 3-4; §67; §68; §83	§11 ust. 2-3, 5-9; §56; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku	§12 ust. 1, 3-4; §67; §68; §83	§12 ust. 2-3, 5-8; §56 ust. 1 i 3; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM	§13 ust. 1, 3-4; §67; §68; §83	§13 ust. 2-3, 5-6; §56; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy	§14 ust. 1, 3-4; §67; §68; §83	§14 ust. 5-8; §56 ust. 1 i 3; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83

Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego	§15 ust. 1, 3-4; §67; §68; §83	§15 ust. 2-3, 5-7; §56 ust. 1 i 3; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu	§16 ust. 1 i 3; §67; §68; §83	§16 ust. 2-3, 4-7; §56; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu w następstwie wypadku, ostrego zawału serca, udaru mózgu lub z powodu zabiegu operacyjnego	§17 ust. 1; §67; §68; §83	§17 ust. 2-10; §56; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Koszty leków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	§18 ust. 1; §67; §68; §83	§18 ust. 3-6; §56; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia	§19 ust. 1; §67; §68; §83; Załącznik nr 3	§19 ust. 1-6; §56; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego	§20 ust. 1 i 2; §67; §68; §83; Załącznik nr 4	§20 ust. 3-8; §56; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83; Załącznik nr 4: pkt V ppkt 2, pkt VI ppkt 2, pkt VIII ppkt 1, pkt XIII ppkt 1, pkt XV ppkt 1
Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych	§21 ust. 1 i 2; §67; §68; §83; Załącznik nr 5	§21 ust. 3-6; §56; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	§22 ust. 1 i 2; Tabela nr 7; §67; §68; §83	§22 ust. 3-9; §56; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Kardiologiczne leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	§23 ust. 1; §67; §69; §83	§23 ust. 3-6; §56; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Teleopieka kardiologiczna	§24 ust. 1-2, 4-6; §67; §68; §83; Załącznik nr 6	§24 ust. 3, 8-11; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83

Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	§25 ust. 1 i 3; §67; §68; §83; Załącznik nr 7	§25 ust. 5-10; §56 ust. 1 i 3; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83; postanowienia w Załączniku nr 7, od słów „Uwagi” lub „Uwaga”, znajdujące się: a) powyżej Tabeli trwałych uszczerbków na zdrowiu, b) w lit. C1, C5, F1, H1.05, I1-I3, K1, Ł1, P2, P6
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	§26 ust. 1; §67; §68; §83	§26 ust. 2 i 3; §56 ust. 1 i 3; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Koszty leczenia Ubezpieczonego poniesione w Polsce w następstwie wypadku	§27 ust. 1; §67; §68; §83	§27 ust. 1, 3-6; §56 ust. 1 i 3; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83

Świadczenia assistance i telemedycyna	§28 ust. 1, 3-4, 9-10 Tabela nr 8, Tabela nr 9, §67, §68, §83	§28 ust. 2, 4-10; zakres terytorialny, limit łączny i podlimity wskazane w Tabeli nr 8; Tabela nr 9: a) Rozdział I pkt 1 zdanie ostatnie, b) Rozdział I pkt 2, 4 i 12 oraz Rozdział II – każdorazowo postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, c) Rozdział I pkt 7 lit. a. i b. każdorazowo począwszy od słów: „świadczenie jest realizowane (...)”, d) Rozdział I pkt 9 zdanie ostatnie, e) Rozdział IV pkt 1 po lit. l., pkt 2 po lit. i., pkt 3 po lit. h. każdorazowo począwszy od słów: „informacje, o których mowa (...)”, f) Rozdział V oraz Rozdział V lit. a.-c. każdorazowo informacje zawarte w nawiasach; zakres terytorialny, limit łączny i sumy ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 9; Tabela nr 9: a) Rozdział I pkt 1 zdanie ostatnie, b) Rozdział I pkt 2, 4 i 12 oraz Rozdział II – każdorazowo postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, c) Rozdział I pkt 7 lit. a. i b. każdorazowo począwszy od słów: „świadczenie jest realizowane (...)”, d) Rozdział I pkt 9 począwszy od słów „o ile usługa (...)”, e) Rozdział I pkt 11 zdanie ostatnie, f) Rozdział IV oraz Rozdział IV lit. a.-c. każdorazowo informacje zawarte w nawiasach; §56; §57; §58; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83

Świadczenia assistance 70+	§29 ust. 1-2, 7-8; §67; §68; Tabela nr 10; §83	§29 ust. 2-8; zakres terytorialny, wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 10; Tabela nr 10: a) Rozdział I pkt 1, pkt 2 po średniku, b) Rozdział I pkt 3 po pierwszym średniku, c) Rozdział I pkt 4 postanowienie dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, d) Rozdział I pkt 11 od myślnika od słów: „w zależności od wyboru Ubezpieczonego (...)”, e) Rozdział I pkt 13 po słowach „pobytu Ubezpieczonego” f) Rozdział I pkt 14 po pierwszym średniku, g) Rozdział I pkt 15 po średniku, h) Rozdział III pkt 1 i 2 postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, i) Rozdział III pkt 3. po pierwszym średniku; §56; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Śmierć małżonka albo partnera	§30 ust. 1; §67; §68; §83	§1 ust. 3; §30 ust. 2-4; §71 ust. 5; §83
Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku	§31 ust. 1; §67; §68; §83	§1 ust. 3; §31 ust. 3; §57 ust. 1 i 3; §71 ust. 5; §83
Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	§32 ust. 1; §67; §68; §83	§1 ust. 3; §32 ust. 3; §57 ust. 1 i 3; §71 ust. 5; §83
Śmierć małżonka albo partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	§33 ust. 1; §67; §68; §83	§1 ust. 3; §33 ust. 3-6; §57; §71 ust. 5; §83
Poważne zachorowanie małżonka albo partnera	§34 ust. 1, 3-4, 17; Tabela nr 11; §67; §68; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny”	§1 ust. 3; §34 ust. 4-17; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości sum ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 11; §54; §68 ust. 5; §83; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny”

Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu	§35 ust. 1, 3-4; §67; §68; §83	§1 ust. 3; §35 ust. 2-3, 5-10; §57; §71 ust. 5; §83
Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu w następstwie wypadku	§36 ust. 1, 3-4; §67; §68; §83	§1 ust. 3; §36 ust. 2-3, 5-8; §57 ust. 1 i 3; §71 ust. 5; §83
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w następstwie wypadku	§37 ust. 1 i 3; §67; §68; §83; Załącznik nr 7	§1 ust. 3; §37 ust. 5-10; §57 ust. 1 i 3; §71 ust. 5; §83; postanowienia w Załączniku nr 6, rozpoczynające się od „Uwagi” lub „Uwaga”, znajdujące się: a) powyżej Tabeli trwałych uszczerbków na zdrowiu, b) w lit. C1, C5, F1, H1.05, I1-I3, K1, Ł1, P2, P6
Koszty leczenia małżonka albo partnera poniesione w Polsce w następstwie wypadku	§38 ust. 1; §67; §68; §83	§1 ust. 3; §38 ust. 1, 3-6; §57 ust. 1 i 3; §71 ust. 5; §83
Urodzenie się dziecka	§39 ust. 1-4, 6; Tabela nr 12; Tabela nr 13; §67; §68; §83	§39 ust. 4-6; zakres terytorialny i limity wskazane w Tabeli nr 12; Tabela nr 12: a) Rozdział I pkt 1 i 2 po przecinku, b) Rozdział II pkt 1 po średniku, c) Rozdział II pkt 2 po słowach „pobytu Ubezpieczonego” d) Rozdział II pkt 3 i 4 zdanie ostatnie, zakres terytorialny, wysokości sum ubezpieczenia assistance i limitów wskazane w Tabeli nr 13; Tabela nr 13: a) Rozdział I pkt 1 i 2 po przecinku, b) Rozdział II pkt 1 po średniku, c) Rozdział II pkt 2 po słowach „pobytu małżonka albo partnera”, d) Rozdział II pkt 4 i 5 zdanie ostatnie, §71 ust. 5; §83
Urodzenie się dziecka z niską oceną w skali Apgar	§40; §67; §68; §83	§71 ust. 5; §83
Zdiagnozowanie u dziecka wady wrodzonej	§41 ust. 1-3; §67; §68; §83; Załącznik nr 8	§41 ust. 4-7; §71 ust. 5; §83
Poronienie albo urodzenie się martwego dziecka	§42 ust. 1 i 2; §67; §68; §83	§1 ust. 3; §42 ust. 2-4; §71 ust. 5; §83

Śmierć dziecka	§43 ust. 1; §67; §68; §83	§43 ust. 2 i 3; §71 ust. 5; §83
Śmierć dziecka w następstwie wypadku	§44 ust. 1; §67; §68; §83	§44 ust. 2; §58 ust. 1 i 3; §71 ust. 5; §83
Poważne zachorowanie dziecka	§45 ust. 1, 3-4, 15; Tabela nr 14; §67; §68; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie dziecka”	§45 ust. 4-15; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości sum ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 14; §58; §71 ust. 5; §83; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie dziecka”
Leczenie dziecka w szpitalu	§46 ust. 1, 3-5; §67; §68; §83	§46 ust. 2-3, 6-10; §58; §71 ust. 5; §83
Leczenie dziecka w szpitalu w następstwie wypadku	§47 ust. 1, 3-4; §67; §68; §83	§47 ust. 2-3, 5-8; §58 ust. 1 i 3; §71 ust. 5; §83
Uszczerbek na zdrowiu dziecka w następstwie wypadku lub pogryzienie dziecka przez psa	§48 ust. 1, 3-4; §67; §68; §83; Załącznik nr 9	§48 ust. 5-13; §58 ust. 1 i 3; §71 ust. 5; §83; Załącznik nr 9 pkt 8 ppkt 8 informacja zawarta w nawiasie
Koszty leczenia dziecka poniesione w Polsce w następstwie wypadku	§49 ust. 1; §67; §68; §83	§49 ust. 1, 3-6; §58 ust. 1 i 3; §71 ust. 5; §83
Osierocenie dziecka	§50 ust. 1 i 2; §67; §68; §83	§50 ust. 4-5; §63 ust. 2; §71 ust. 5; §83
Śmierć rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego w następstwie wypadku	§51 ust. 1; §67; §68; §83	§51 ust. 3; §59; §71 ust. 5; §83
Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera	§52 ust. 1; §67; §68; §83	§1 ust. 3; §52 ust. 2-5; §71 ust. 5; §83

Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera w następstwie wypadku	§53 ust. 1; §67; §68; §83	§1 ust. 3; §53 ust. 2 i 3; §59 ust. 1 i 3; §71 ust. 5; §83
Świadczenia assistance związane z rodzicem Ubezpieczonego	§54 ust. 1-2, 8-9; §67; §68; Tabela nr 15; §83	§54 ust. 2-9; zakres terytorialny i wysokości sum ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 15; Tabela nr 15: b) Rozdział I pkt 1, pkt 2 po średniku, b) Rozdział I pkt 3 po pierwszym średniku, c) Rozdział I pkt 4 postanowienie dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, d) Rozdział I pkt 11 od myślnika od słów: „w zależności od wyboru Ubezpieczonego (...)\", e) Rozdział I pkt 13 po słowach „rodzica Ubezpieczonego” f) Rozdział I pkt 14 po pierwszym średniku, g) Rozdział I pkt 15 po średniku, h) Rozdział III pkt 1 i 2 postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, i) Rozdział III pkt 3. po pierwszym średniku; §57; §68 ust. 5; §83
Poważne zachorowanie rodzica Ubezpieczonego	§55 ust. 1, 3-4, 14-15; Tabela nr 16; §67; §68; §83; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie rodzica”	§ 55 ust. 4-15; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości sum ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 16; §59; §71 ust. 5; §83; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie rodzica”

SPIS TREŚCI

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA	13
CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE	14
§ 1. Zakres ubezpieczenia	14
§ 2. Śmierć Ubezpieczonego	14
ŚWIADCZENIA DODATKOWE	14
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z UBEZPIECZONYM	14
§ 3. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku oraz assistance pogrzebowy w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub członka rodziny w następstwie wypadku	14
§ 4. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	15
§ 5. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	15
§ 6. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	15
§ 7. Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	16
§ 8. Rozpoznanie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu	17
§ 9. Assistance onkologiczny	17
§ 10. Powtórna opinia medyczna	21
§ 11. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu	21
§ 12. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku	22
§ 13. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM	22
§ 14. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy	22
§ 15. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego	23
§ 16. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu	23
§ 17. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu w następstwie wypadku, ostrego zawału serca, udaru mózgu lub z powodu zabiegu operacyjnego	24
§ 18. Koszty leków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	24
§ 19. Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia	24
§ 20. Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego	25
§ 21. Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych	25
§ 22. Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	25
§ 23. Kardiologiczne leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	26
§ 24. Teleopieka kardiologiczna	27
§ 25. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	27
§ 26. Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	28
§ 27. Koszty leczenia Ubezpieczonego poniesione w Polsce w następstwie wypadku	28
§ 28. Świadczenia assistance i telemedycyna	28
§ 29. Świadczenia assistance 70+	34
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM	37
§ 30. Śmierć małżonka albo partnera	37
§ 31. Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku	37
§ 32. Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	37
§ 33. Śmierć małżonka albo partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	37
§ 34. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera	38
§ 35. Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu	39
§ 36. Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu w następstwie wypadku	40
§ 37. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w następstwie wypadku	40
§ 38. Koszty leczenia małżonka albo partnera poniesione w Polsce w następstwie wypadku	41
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z DZIECKIEM	41
§ 39. Urodzenie się dziecka	41
§ 40. Urodzenie się dziecka z niską oceną w skali Apgar	41
§ 41. Zdiagnozowanie u dziecka wady wrodzonej	44
§ 42. Poronienie albo urodzenie się martwego dziecka	44
§ 43. Śmierć dziecka	44
§ 44. Śmierć dziecka w następstwie wypadku	44
§ 45. Poważne zachorowanie dziecka	45
§ 46. Leczenie dziecka w szpitalu	46
§ 47. Leczenie dziecka w szpitalu w następstwie wypadku	46
§ 48. Uszczerbek na zdrowiu dziecka w następstwie wypadku lub pogryzienie dziecka przez psa	47
§ 49. Koszty leczenia dziecka poniesione w Polsce w następstwie wypadku	47
§ 50. Osierocenie dziecka	48
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z RODZEŃSTWEM UBEZPIECZONEGO	48
§ 51. Śmierć rodzeństwa rodzzonego lub przyrodniego w następstwie wypadku	48
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z RODZICEM UBEZPIECZONEGO LUB RODZICEM MAŁŻONKA ALBO RODZICEM PARTNERA	48
§ 52. Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera	48
§ 53. Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera w następstwie wypadku	48
§ 54. Świadczenia assistance związane z rodzicem Ubezpieczonego	49
§ 55. Poważne zachorowanie rodzica Ubezpieczonego	51

OGÓLNE WYŁĄCZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI	53
§ 56. Wyłączenia odpowiedzialności związane z Ubezpieczonym	53
§ 57. Wyłączenia odpowiedzialności związane z małżonkiem albo partnerem	53
§ 58. Wyłączenia odpowiedzialności związane z dzieckiem	54
§ 59. Wyłączenia odpowiedzialności związane z rodzeństwem rodzonym lub przyrodnym	54
§ 60. Wyłączenia odpowiedzialności związane z rodzicem Ubezpieczonego lub rodzicem małżonka albo rodzicem partnera	54
ZAWARCIE UMOWY.	55
§ 61. Zawarcie umowy	55
§ 62. Wiek Ubezpieczonego	55
§ 63. Podanie okoliczności, o które pytamy	55
§ 64. Suma ubezpieczenia	55
§ 65. Składka	55
§ 66. Nasze obowiązki	56
ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ	56
§ 67. Zgłoszenie zdarzenia	56
§ 68. Zasady ustalania i wypłaty świadczeń	56
§ 69. Na rzecz kogo realizujemy świadczenie	57
JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY	57
§ 70. Początek ochrony	57
§ 71. Zawieszenie ochrony	57
§ 72. Czas trwania umowy	57
§ 73. Zmiany w umowie	57
§ 74. Koniec ochrony	57
§ 75. Odstąpienie od umowy	58
§ 76. Wypowiedzenie umowy	58
§ 77. Rozwiązanie umowy	58
§ 78. Skrócenie okresu karencji	58
§ 79. Jak złożyć reklamację, skargę lub zażalenie	58
§ 80. Jak inaczej można rozwiązać spór	58
§ 81. Obowiązujące przepisy prawa, oświadczenia i zawiadomienia	58
§ 82. Właściwość sądów	59
DEFINICJE	59
§ 83. Definicje	59
§ 84. Skrócone nazwy aktów prawnych	62
Załącznik nr 1 – Wykaz poważnych zachorowań	64
Załącznik nr 2 – Powtórna opinia medyczna	73
Załącznik nr 3 – Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia	75
Załącznik nr 4 – Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego	77
Załącznik nr 5 – Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych	79
Załącznik nr 6 – Tabela stanów chorobowych, uprawniających Ubezpieczonego do skorzystania z teleopieki kardiologicznej	80
Załącznik nr 7 – Tabela trwałych uszczerbków na zdrowiu	83
Załącznik nr 8 – Kategorie wad wrodzonych	97
Załącznik nr 9 – Tabela uszczerbku na zdrowiu dziecka	99
Załącznik nr 10 – Opodatkowanie świadczeń z umowy	103

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

Na podstawie tych ogólnych warunków ubezpieczenia, zawierasz z nami, czyli z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółką Akcyjną, Umowę ubezpieczenia na życie Twoje Bezpieczeństwo+.

W TYCH O.W.U. ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

- zakresu ubezpieczenia (co obejmuje i czego nie obejmuje ubezpieczenie),
- obowiązków **Ubezpieczającego** oraz **Ubezpieczonego**,
- procesu wypłaty świadczeń,
- najważniejszych elementów **umowy**,
- pojęć używanych przez nas, czyli definicji.

Gdy piszemy **Ubezpieczający**, mamy na myśli osobę, która zawiera **umowę** i jest odpowiedzialna za opłacanie składki.

Gdy piszemy **Ubezpieczony**, mamy na myśli osobę, którą chronimy na podstawie zawartej **umowy**.

Na podstawie tych **o.w.u.** możesz zawrzeć **umowę** wyłącznie na własny rachunek, co oznacza, że **Ubezpieczającym** i **Ubezpieczonym** będzie zawsze ta sama osoba, czyli **Ty**.

Prosimy o zapoznanie się z rozdziałem „Definicje”, w którym wyjaśniamy pojęcia używane w tych **o.w.u.** Niektóre słowa zdefiniowaliśmy inaczej niż są powszechnie rozumiane. Jeśli definiujemy jakieś pojęcie, używając go w **o.w.u.**, zawsze rozumiemy je zgodnie z tym, co opisaliśmy w rozdziale „Definicje” lub w załącznikach do tych **o.w.u.**

Gdy piszemy **my**, mamy na myśli Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółką Akcyjną.

Na podstawie tych **o.w.u.** organizujemy i pokrywamy również koszty świadczeń wykonywanych przez inne podmioty. Usługi w zakresie świadczeń assistance, telemedycyny, świadczeń medycznych, powtórnej opinii medycznej i teleopieki kardiologicznej świadczy na naszą rzecz AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, zwana w dalszej części **o.w.u. centrum operacyjnym**.

Gdy piszemy **umowa**, mamy na myśli umowę ubezpieczenia na życie Twoje Bezpieczeństwo+ zawartą pomiędzy **Ubezpieczającym** a **nami** na podstawie tych **o.w.u.**

Gdy piszemy **o.w.u.**, mamy na myśli te ogólne warunki ubezpieczenia.

Gdy piszemy świadczenia **dodatkowe**, mamy na myśli wszystkie odpowiednie świadczenia poza świadczeniem na wypadek śmierci **Ubezpieczonego**, o które może zostać rozszerzony zakres ochrony na podstawie wybranego **wariantu** lub **pakietu**.

Ochrona danych osobowych

Jesteśmy administratorem danych osobowych, które zbieramy w związku z zawarciem i wykonaniem **umowy** zawartej na podstawie tych **o.w.u.**

Pełną treść klauzuli informacyjnej, która opisuje zasady przetwarzania przez nas danych osobowych, przekazujemy zbierając dane. Dodatkowo, informacje te dostępne są dla wszystkich na naszej stronie internetowej allianz.pl.

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

W tym rozdziale przedstawiamy najważniejsze informacje o zakresie ochrony. Opisujemy, co obejmujemy i czego nie obejmujemy ochroną.

§ 1. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. W umowie zawieranej na podstawie tych o.w.u. ochrona zawsze obejmuje śmierć **Ubezpieczonego**. Możesz rozszerzyć zakres ochrony również o inne świadczenia dodatkowe wskazane w tych o.w.u.
2. Zakres ubezpieczenia określimy wspólnie w umowie i potwierdzimy w polisie.
3. W razie rozszerzenia zakresu ochrony o świadczenia dodatkowe dotyczące zdarzeń w Twoim życiu odnoszących się do **matłonka** albo **partnera** lub **rodziców matłonka** albo **rodziców partnera**, obejmujemy ochroną zdarzenia dotyczące **matłonka** i **rodziców matłonka**, chyba że wskazałeś **partnera** we wniosku o zawarcie umowy lub pisemnym oświadczeniu. Jeżeli to zrobisz, obejmujemy ochroną zdarzenia dotyczące wskazanego **partnera** i **rodziców partnera** zaistniałe od dnia złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** – nawet jeśli w dniu zajścia zdarzenia pozostawać będziesz w związku małżeńskim z inną osobą niż wskazany **partner**.
4. Zakres ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą **rocznicę polisy**. Szczegółowy tryb dokonywania zmian zakresu ubezpieczenia określa § 73 tych o.w.u.

§ 2. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego** w okresie ochrony wypłacimy **uprawnionemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w umowie. Wysokość świadczenia potwierdzimy w polisie.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego**, która powstała wskutek:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego**, dokonanego przed upływem 2 lat od daty zawarcia umowy;
 - b) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, przebywania **Ubezpieczonego** na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach.

ŚWIADCZENIA DODATKOWE

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z UBEZPIECZONYM

§ 3. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU ORAZ ASSISTANCE POGRZEBOWY W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO LUB CZŁONKA RODZINY W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego** w następstwie wypadku, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od wypadku, wypłacimy **uprawnionemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w umowie.
2. Wysokość świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie wypadku określimy wspólnie w umowie i potwierdzimy w polisie. W polisie wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie wypadku łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego**.

ASSISTANCE POGRZEBOWY W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego** w następstwie wypadku, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od wypadku – na wniosek **uprawnionego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 1, z uwzględnieniem limitów wskazanych w tej tabeli.
4. Świadczenia assistance realizujemy za pośrednictwem **centrum operacyjnego**.

Tabela nr 1 (świadczenia w przypadku śmierci **Ubezpieczonego** w następstwie wypadku)

ASSISTANCE POGRZEBOWY	Łączna wysokość limitu
1. Organizacja i pokrycie kosztów pogrzebu	
Organizacja i pokrycie następujących kosztów pogrzebu Ubezpieczonego : kosztów przewozu ciała, zakupu trumny lub urny, zakupu miejsca na cmentarzu, postawienia nagrobka, zakupu wieńców i kwiatów, zakupu odzieży żałobnej, ceremonii pogrzebowej, poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej	4000 zł
2. Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu na pogrzeb	
Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu do miejsca pogrzebu Ubezpieczonego	1000 zł
3. Świadczenia w zakresie infolinii dotyczącej przepisów prawa spadkowego	
Udzielanie informacji telefonicznej lub w formie elektronicznej (w zależności od wyboru uprawnionego) o: a) danych teleadresowych sądów, prokuratury, policji, urzędów administracji publicznej; b) procedurze i wiążących się z nią kosztach w postępowaniu spadkowym związanym ze śmiercią Ubezpieczonego w następstwie wypadku; c) aktualnej lub archiwalnej treści aktów prawnych w zakresie przepisów dotyczących postępowania spadkowego.	6 konsultacji

ASSISTANCE POGRZEBOWY W PRZYPADKU ŚMIERCI CZŁONKA RODZINY W NASTĘPSTWIE WYPADKU

5. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące życia **członka rodziny**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci **członka rodziny** w następstwie wypadku, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od wypadku – na wniosek **Ubezpieczonego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 2, z uwzględnieniem limitów wskazanych w tej tabeli.
6. Świadczenia assistance realizujemy za pośrednictwem **centrum operacyjnego**.

Tabela nr 2 (świadczenia w przypadku śmierci **członka rodziny** w następstwie wypadku)

ASSISTANCE POGRZEBOWY	Łączna wysokość limitu na zdarzenie
1. Organizacja i pokrycie kosztów pogrzebu	
Organizacja i pokrycie następujących kosztów pogrzebu członka rodziny : kosztów przewozu ciała, zakupu trumny lub urny, zakupu miejsca na cmentarzu, postawienia nagrobka, zakupu wieńców i kwiatów, zakupu odzieży żałobnej, ceremonii pogrzebowej, poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej	4000 zł
2. Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu na pogrzeb	
Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu do miejsca pogrzebu członka rodziny	1000 zł

3. Świadczenia w zakresie infolinii dotyczącej przepisów prawa spadkowego

Udzielanie informacji telefonicznej lub w formie elektronicznej (w zależności od wyboru **Ubezpieczonego**) o:

- a) danych teled adresowych sądów, prokuratury, policji, urzędów administracji publicznej;
- b) procedurze i wiążących się z nią kosztach w postępowaniu spadkowym związanym ze śmiercią **członka rodziny** w następstwie wypadku;
- c) aktualnej lub archiwalnej treści aktów prawnych w zakresie przepisów dotyczących postępowania spadkowego.

6 konsultacji

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 7. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **Ubezpieczonego** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
- 8. Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 1, jeżeli **wypadek**, będący przyczyną śmierci **Ubezpieczonego** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - c) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu **Ubezpieczonego** drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**.
- 9. Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 2, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **członka rodziny** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 57 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do śmierci **członka rodziny** będącego **matronkiem** albo **partnerem**),
 - b) okoliczności wskazanych w § 58 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do śmierci **członka rodziny** będącego **dzieckiem**),
 - c) okoliczności wskazanych w § 59 ust. 1 lub 2 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do śmierci **członka rodziny** będącego **rodzeństwem rodzonym lub przyrodnym**),
 - d) okoliczności wskazanych w § 60 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do śmierci **członka rodziny** będącego **rodzicem Ubezpieczonego** lub **rodzicem matronki** albo **rodzicem partnera**);
 - e) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **członka rodziny** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - f) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**.
- 10. Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 1 i 2 poza terytorium Polski.
- 11. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów wskazany w tabeli nr 1 lub w tabeli nr 2, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem.

§ 4. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego wypadku, wypłacimy **uprawnionemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
- 2. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**. W **polisie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku komunikacyjnego** łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** oraz za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku**, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, jeżeli ten wypadek, który stał się przyczyną śmierci **Ubezpieczonego**, powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

§ 5. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego**, której przyczyną był **zawał serca** lub **udar mózgu** w okresie ochrony, o ile śmierć **Ubezpieczonego** nastąpi przed upływem 90 dni od wystąpienia **zawału serca** lub **udar mózgu**, wypłacimy **uprawnionemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
- 2. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**. W **polisie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego**, której przyczyną był **zawał serca** lub **udar mózgu** łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, jeżeli **zawał serca** lub **udar mózgu** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, która nastąpiła przed upływem 24 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - c) zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**.
- 4. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek:
 - a) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciękami;
 - b) następujących stanów chorobowych: udaru spowodowanego zatorami tłuszczowymi lub zatorami powietrznymi, choroby keso-nowej lub urazowego uszkodzenia centralnego układu nerwowego.
- 5. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, która nastąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

§ 6. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku przy pracy**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego wypadku, wypłacimy **uprawnionemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
- 2. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**. W **polisie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku przy pracy**, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** oraz za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku**, o ile zakres **umowy** obejmuje również to świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku przy pracy**, jeżeli ten wypadek, który stał się przyczyną śmierci **Ubezpieczonego**, powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

§ 7. POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku, gdy w **okresie ochrony** u **Ubezpieczonego** zostanie zdiagnozowana **choroba** lub przeprowadzony zabieg, spośród **chorób** lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.** – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty **Ubezpieczony**:
 - a) w części „Zakres optymalny”; albo
 - b) w części „Zakres rozszerzony”;wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia i zakres ubezpieczenia potwierdzimy w **polisie**.

ŚWIADCZENIA MEDYCZNE DLA UBEZPIECZONEGO PO POWAŻNYM ZACHOROWANIU

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego**, wymienionego w ust. 1, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych wskazanych w tabeli nr 3, na zasadach określonych w tej tabeli oraz ust. 4-5, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego**.
4. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych (z niżej wskazanych dostępnych 17 świadczeń medycznych), na każdą **chorobę** lub zabieg, przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **Ubezpieczony** może skorzystać tylko 1 raz na każdą **chorobę** lub zabieg.
5. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako 1 świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego**, w związku ze zdiagnozowaniem **choroby** lub przeprowadzeniem zabiegu.

Tabela nr 3 (świadczenia medyczne dla **Ubezpieczonego** po poważnym zachorowaniu)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO			
Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg;			Wysokość limitu na każdą chorobę lub zabieg
I. Konsultacje			
1. Chirurg	6. Kardiolog	11. Hepatolog	
2. Okulista	7. Neurolog	12. Psycholog	
3. Otolaryngolog	8. Pulmonolog		
4. Ortopeda	9. Lekarz rehabilitacji		
5. Ginekolog	10. Neurochirurg		
II. Diagnostyka laboratoryjna			
13.			
• moc – badanie ogólne	• amylaza	• CRP ilościowe	świadczenia do wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych do wykorzystania
• OB	• mocznik	• HBs przeciwciała	
• morfologia	• TSH	• HCV przeciwciała	
• APTT	• kreatynina	• IgE całkowite	
• PT	• kwas moczowy	• glukoza	
• fibrynogen	• proteinogram	• ferrytyna	
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity	• lipidogram	
• fosfor nieorganiczny	• próby wątrobowe	• magnez	
III. Badania specjalistyczne			
14. Badania radiologiczne (RTG)			
15. Badania ultrasonograficzne (USG)			
16. Rezonans magnetyczny			1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych do wykorzystania
17. Tomografia komputerowa			1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych do wykorzystania

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia, wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.**
7. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **Ubezpieczonego choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:

- a) okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - c) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
8. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zdiagnozowania u **Ubezpieczonego choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty**

rozpoczęcia ochrony w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**.

9. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **Ubezpieczony** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu.
10. W zakresie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia za tę samą **chorobę** lub ten sam zabieg.
11. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny **zaawansowany nowotwór** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu, jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.
12. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które zgodnie z wiedzą medyczną, wynikają bezpośrednio z **choroby** lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
13. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **sily wyższej**.

§ 8. ROZPOZNANIE U UBEZPIECZONEGO WCZESNEJ POSTACI NOWOTWORU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku rozpoznania u **Ubezpieczonego** w **okresie ochrony** wczesnej postaci nowotworu, który należy do jednej z kategorii określonych w ust. 2, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.
2. Obejmujemy ochroną następujące wczesne postaci nowotworu:
 - a) nowotwór in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka – zgodnie z kategorią D00 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - b) nowotwór in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego – zgodnie z kategorią D01 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - c) nowotwór in situ ucha środkowego i układu oddechowego – zgodnie z kategorią D02 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - d) czerniak in situ – zgodnie z kategorią D03 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - e) nowotwór in situ skóry – zgodnie z kategorią D04 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - f) nowotwór in situ piersi – zgodnie z kategorią D05 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - g) nowotwór in situ szyjki macicy – zgodnie z kategorią D06 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - h) nowotwór in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych – zgodnie z kategorią D07 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - i) nowotwór in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu – zgodnie z kategorią D09 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - j) guz jajnika o niskim potencjale złośliwym, granicznej złośliwości;
 - k) zespół mielodysplastyczny – zgodnie z kategorią D46 klasyfikacji **ICD – 10**;
 - l) nowotwór mieloproliferacyjny;
 - m) brodawkowaty mikro-rak tarczycy;
 - n) rak pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM;

o) rak gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (≤ 6).

3. Rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub innych specjalistycznych badań ocenianych przez patomorfologa.
4. Data rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w **okresie ochrony**. Za dzień rozpoznania wczesnej postaci nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego lub innych specjalistycznych badań ocenianych przez patomorfologa. Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego lub innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa zostanie pobrany w **okresie ochrony**, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu będzie późniejsza.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za rozpoznanie u **Ubezpieczonego** wczesnej postaci nowotworu, jeżeli było ono skutkiem:
 - a) zakażenia się wirusem HIV przez **Ubezpieczonego**;
 - b) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego, lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - c) poddania się przez **Ubezpieczonego** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza.
6. Nie wypłacimy świadczenia za rozpoznanie u **Ubezpieczonego** wczesnej postaci przewlekłej białaczki szpikowej.
7. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za rozpoznanie u **Ubezpieczonego** wczesnej postaci nowotworu, które nastąpiło w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
8. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia z każdej z 15 kategorii nowotworów wskazanych w ust. 2.

§ 9. ASSISTANCE ONKOLOGICZNY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku, gdy w **okresie ochrony** u **Ubezpieczonego** zostanie zdiagnozowany **zaawansowany nowotwór** lub zostanie wydana **Ubezpieczonemu** karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, na podstawie skierowania od lekarza prowadzącego, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych na zasadach określonych w tabeli nr 4.
2. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 20 świadczeń medycznych, o których mowa w tabeli nr 4, w odniesieniu do tego samego wstępnego rozpoznania (niezależnie od liczby wydanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego), przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **Ubezpieczony** może skorzystać tylko raz na każde rozpoznanie.
3. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego**, w związku z tym samym rozpoznaniem.

Tabela nr 4 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** w przypadku wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA			
Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie 20 świadczeń medycznych na 1 zdarzenie:			Wysokość limitu na 1 zdarzenie
I. Konsultacje			
1. Chirurg	6. Urolog	11. Hepatolog	
2. Okulista	7. Pulmonolog	12. Hematolog	
3. Otolaryngolog	8. Lekarz rehabilitacji	13. Nefrolog	
4. Ortopeda	9. Onkolog	14. Dermatolog	
5. Ginekolog	10. Endokrynolog		
II. Diagnostyka laboratoryjna			
15.			
• moczu – badanie ogólne	• amylaza	• CRP ilościowo	
• OB	• mocznik	• HBs przeciwciała	
• Morfologia	• TSH	• HCV przeciwciała	
• APTT	• kreatynina	• IgE całkowite	
• PT	• kwas moczowy	• markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, CA 19-9, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21	świadczenia do wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych do wykorzystania
• fibrynogen	• proteinogram		
• glukoza	• ferrytyna		
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity		
• lipidogram	• fosfor nieorganiczny		
• próby wątrobowe	• magnez		
III. Badania specjalistyczne			
16. Biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym)			
17. Badania radiologiczne (RTG)			
18. Badania ultrasonograficzne (USG)			
19. Rezonans magnetyczny			1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych do wykorzystania
20. Tomografia komputerowa			1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych do wykorzystania

4. W przypadku zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** u **Ubezpieczonego** lub rodzica **Ubezpieczonego**, rodzeństwa **Ubezpieczonego** lub **dziecka**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń na zasadach określonych w tabeli nr 5.

Tabela nr 5 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** w przypadku zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** u **Ubezpieczonego** lub rodzica **Ubezpieczonego**, rodzeństwa **Ubezpieczonego** lub dziecka)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA		Wysokość limitu na 1 zdarzenie
I. Pomoc assistance dla Ubezpieczonego:		
1. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego		5000 zł w odniesieniu do 1 zdarzenia
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego , zapewnimy:		
a) organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego , i b) pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).		
2. Dostarczenie posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego		
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego posiłków; koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony .		
3. Dostarczenie leków zleconych przez lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego		
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków zaleconych przez lekarza; koszt leków pokrywa Ubezpieczony .		
4. Pomoc pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego		
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego wymagana jest pomoc pielęgniarki, zorganizujemy i pokryjemy koszty honorarium i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego ; dodatkowe koszty opieki pielęgniarskiej (koszty zakupu leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony .		
5. Zwrot kosztów peruk i protez na rzecz Ubezpieczonego		
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego używa peruki lub protezy, zwrócimy koszty zakupu poniesione przez Ubezpieczonego , do wysokości wskazanego obok limitu.		
6. Transporty medyczne ze wskazaną osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej		
Transporty medyczne są organizowane do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w placówce medycznej.		
7. Transporty medyczne ze wskazaną osobą z placówki medycznej do miejsca pobytu		
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej, w której przebywa Ubezpieczony , do miejsca jego pobytu.		
8. Transporty medyczne ze wskazaną osobą pomiędzy placówkami medycznymi		
Transporty są organizowane w przypadku, gdy placówka medyczna nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego , lub gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej.		
9. Opieka nad niepełnoletnimi dziećmi i osobami niesamodzielnymi		
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , wymagana jest opieka nad jego niepełnoletnimi dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki.		
10. Opieka nad psem lub kotem		
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , wymagana jest opieka nad psem lub kotem, na wniosek Ubezpieczonego , w miejscu jego pobytu zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki nad zwierzętami, w zakresie: karmienia, wyprowadzania na spacer, utrzymania higieny (koszt zakupu karmy oraz środków higieny nie jest przez nas pokrywany).		
11. Pomoc domowa w miejscu pobytu Ubezpieczonego		
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego , w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów (koszt podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków nie jest przez nas pokrywany).		
12. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego		maksymalnie 5 konsultacji w odniesieniu do 1 zdarzenia
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty w poradni psychoonkologii.		

13. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego , zapewnimy konsultacje rehabilitacyjne, w ramach których wykonywane będą:	
• ćwiczenia wytrzymałościowe na cykloergometrze, bieżni, stepperze w placówce rehabilitacyjnej (koszt wypożyczenia lub zakupu urządzeń nie jest przez nas pokrywany)	• trening oporowy w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego
• ćwiczenia ogólnousprawniające w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego	• fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego
1 świadczenie w odniesieniu do 1 zdarzenia (10 konsultacji stanowi łącznie 1 świadczenie)	
II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego :	
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/ narządów	
W razie zaawansowanego nowotworu ojca lub matki Ubezpieczonego , rodzeństwa Ubezpieczonego lub dziecka , zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania Ubezpieczonemu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego zaawansowanego nowotworu – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty), badającego przynajmniej 1 z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyło wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy zaawansowany nowotwór zdiagnozowany u wskazanych wyżej członków rodziny Ubezpieczonego .	
1 test w odniesieniu do 1 zdarzenia	
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	
W razie zaawansowanego nowotworu ojca lub matki Ubezpieczonego , rodzeństwa Ubezpieczonego lub dziecka , zorganizujemy i pokryjemy Ubezpieczonemu koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów u Ubezpieczonego .	
1 konsultacja w odniesieniu do 1 zdarzenia	
3. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego	
Gdy Ubezpieczony po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
maksymalnie 5 konsultacji w odniesieniu do 1 zdarzenia	

5. Ponadto, w przypadku zdiagnozowania u **Ubezpieczonego zaawansowanego nowotworu**, **Ubezpieczonemu** należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 6.
6. Świadczenie, o którym mowa w ust. 5, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń assistance, wymienionych w tabeli nr 6.

7. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń, o których mowa w ust. 5, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, wskazanych w tabeli nr 6. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do 1 zdarzenia, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia assistance, wykonanego z tytułu zdarzenia.

Tabela nr 6 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** w przypadku zdiagnozowania u niego **zaawansowanego nowotworu** związane z jego **matroniem, partnerem, dzieckiem** lub rodzeństwem)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA	Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. Pomoc assistance związana z matroniem albo partnerem , lub dzieckiem	3000 zł
Psychoonkolog	maksymalnie 5 konsultacji łącznie dla matronka albo partnera , lub dziecka w odniesieniu do 1 zdarzenia
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , jego matronek albo partner , lub dziecko chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne z pomocą psychoonkologiczną związane z rodzeństwem Ubezpieczonego i dziećmi :	
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów	5000 zł
W razie zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania rodzeństwu Ubezpieczonego lub dzieciom testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego zaawansowanego nowotworu – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty) badającego przynajmniej 1 z następujących genów: BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyło wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez rodzeństwo Ubezpieczonego lub dzieci na raka tego narządu, którego dotyczy zaawansowany nowotwór zdiagnozowany u Ubezpieczonego .	1 test dla każdego z rodzeństwa Ubezpieczonego , dziecka (niezależnie od liczby badanych genów w ramach 1 testu) w odniesieniu do 1 zdarzenia
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	3000 zł
W razie zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, wykonanego rodzeństwu Ubezpieczonego lub dzieciom .	1 konsultacja dla każdego rodzeństwa Ubezpieczonego i dziecka w odniesieniu do 1 zdarzenia

3. Psychoonkolog	3000 zł
Gdy rodzeństwo Ubezpieczonego lub dzieci po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	maksymalnie 5 konsultacji łącznie dla rodzeństwa lub dzieci w odniesieniu do 1 zdarzenia

8. W przypadku przeprowadzenia u **Ubezpieczonego** operacji plastycznej na terytorium Polski w warunkach bloku operacyjnego, mającej na celu usunięcie blizn, znamion lub nieprawidłowości w budowie ciała **Ubezpieczonego**, powstałych w wyniku operacyjnego usunięcia **zaawansowanego nowotworu**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** pokryjemy jej koszt do wysokości 20 000 zł w odniesieniu do jednego **zaawansowanego nowotworu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

9. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń zaistniałych wskutek:
- nieprzestrzegania przez **Ubezpieczonego** zaleceń lekarza;
 - spożycia leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarzem lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia lub rozmiar jego następstw;
 - spożywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia lub rozmiar jego następstw;
 - leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - epidemii lub pandemii.
10. Za **zaawansowany nowotwór** nie uznajemy:
- zespołów mielodysplastycznych;
 - nowotworów mieloproliferacyjnych z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej;
 - nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych;
 - zmian przednowotworowych;
 - nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis);
 - dysplazji dużego stopnia;
 - środonabłonkowej neoplazji szyjkowej (CIN 1, 2, 3);
 - guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości;
 - brodawkowatego mikro-raka tarczycy;
 - raka pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM;
 - raka gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6);
 - nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM;
 - nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
11. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje lekarz prowadzący.
12. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, niewykonanie bądź nienależyte wykonanie świadczeń, jeśli nastąpiło to w wyniku działania **siły wyższej**.
13. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów wskazanych w tabeli nr 5 lub **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 6, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem lub **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 10. POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku zdiagnozowania u **Ubezpieczonego** w **okresie ochrony** jednej z **chorób** wymienionych w załączniku nr 2 do tych **o.w.u.**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego**, zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń wymienionych w ust. 2 poniżej.
- W ramach **powtórnej opinii medycznej** organizujemy i pokryjemy koszty następujących świadczeń:
 - udzielenie **Ubezpieczonemu** informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie **powtórnej opinii medycznej**;

- tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
- przekazanie dokumentacji medycznej lekarzowi świadczącemu usługi medyczne poza Polską, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią odczytanie dokumentacji i jej analizę;
- wydanie **powtórnej opinii medycznej** przez lekarza świadczącego usługi medyczne poza Polską;
- tłumaczenie na język polski **powtórnej opinii medycznej**;
- udostępnienie **powtórnej opinii medycznej Ubezpieczonemu**.

3. **Ubezpieczonemu** przysługuje skorzystanie z jednej **powtórnej opinii medycznej** w odniesieniu do każdej z chorób wymienionych w załączniku nr 2 do tych **o.w.u.**

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia, wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **chorób** zawartych w załączniku nr 2 do tych **o.w.u.**
- Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów **powtórnej opinii medycznej**, jeśli **choroba** powstała wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 56 ust. 1 lub 2 tych **o.w.u.**;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - zarażenia wirusem HIV lub chorób przenoszonych drogą płciową;
 - wad wrodzonych** lub wad, które ujawniły się bezpośrednio po urodzeniu lub do 3 roku życia;
 - działania trucizny albo trujących gazów lub oparów;
 - leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - przeprowadzenia zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej.
- Nie pokrywamy kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych.
- Nie odpowiadamy za medyczną poprawność raportu eksperta sporządzonego przez lekarza konsultanta w ramach **powtórnej opinii medycznej**.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji **powtórnej opinii medycznej**, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **siły wyższej**.

§ 11. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia:
 - choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** oraz minimalną długość pobytu w **szpitalu** potwierdzimy w **polisie**.
- Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów w **szpitalu**.
- Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy **wypadek**, o którym mowa w ust. 1 lit c) miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na 1 miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy** w zakresie tego **świadczenia dodatkowego**, a pobyt w **szpitalu** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała, będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.

4. Jeżeli pobyt **Ubezpieczonego w szpitalu** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **Ubezpieczonego w szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego w szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby**, powikłań związanych z ciążą lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego w szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - c) leczeniem skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) rehabilitacją, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego w szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** dotyczył porodu niezwiązanego z powikłaniami ciąży.
8. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **Ubezpieczonego w szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **Ubezpieczonego w szpitalu** był wynikiem **wypadku**.
9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **Ubezpieczony** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 12. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku trwającego nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego w szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**. W **polisie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego w szpitalu**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego w szpitalu**, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu **Ubezpieczonego w szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobyków w **szpitalu** w następstwie **wypadku**.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy **wypadek** miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na 1 miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a pobyt w **szpitalu** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.
4. Jeżeli pobyt **Ubezpieczonego w szpitalu** w następstwie **wypadku** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **Ubezpieczonego w szpitalu** w następstwie **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego w szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, który powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego w szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:

- a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie odpowiadamy za leczenie **Ubezpieczonego w szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu było nadwyżnienie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **Ubezpieczonego**.
 8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **Ubezpieczony** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 13. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU NA OIOM

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku trwającego nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego w szpitalu** na **OIOM**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia **choroby** lub doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu** na **OIOM**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu **Ubezpieczonego w szpitalu** na **OIOM**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobyków w **szpitalu** na **OIOM**.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy **wypadek** miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na 1 miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a pobyt w **szpitalu** na **OIOM** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.
4. Jeżeli pobyt **Ubezpieczonego w szpitalu** na **OIOM** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **Ubezpieczonego w szpitalu** na **OIOM**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego w szpitalu** na **OIOM**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby** lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego w szpitalu** na **OIOM**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) leczeniem skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia.

§ 14. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku trwającego nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego w szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku przy pracy**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**. W **polisie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za 1 dzień pobytu **Ubezpieczonego w szpitalu**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku przy pracy**, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego w szpitalu** i leczenie **Ubezpieczonego w szpitalu** w następstwie **wypadku**, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu **Ubezpieczonego w szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich

rozpoczętych w danym roku polisowym pobytów w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy.

3. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie także wtedy, gdy wypadek przy pracy miał miejsce przed okresem ochrony, ale nie wcześniej niż na 1 miesiąc przed datą rozpoczęcia ochrony w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu wniosku o zawarcie umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a pobyt w szpitalu w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku przy pracy rozpoczął się w okresie ochrony.
4. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem wypadku przy pracy, który powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy, jeżeli pobyt w szpitalu miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków wypadków;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie odpowiadamy za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy, jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

§ 15. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku trwającego nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie ochrony, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w umowie i potwierdzimy w polisie. W polisie wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za 1 dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku komunikacyjnego, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu oraz leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku, o ile zakres umowy obejmuje te świadczenia dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym roku polisowym, ograniczona jest do 180 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym roku polisowym pobytów w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego.
3. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie także wtedy, gdy wypadek komunikacyjny miał miejsce przed okresem ochrony, ale nie wcześniej niż na 1 miesiąc przed datą rozpoczęcia ochrony w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu wniosku o zawarcie umowy w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a pobyt w szpitalu w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku komunikacyjnego rozpoczął się w okresie ochrony.
4. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem wypadku komunikacyjnego, który powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego, jeżeli pobyt w szpitalu miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków wypadków;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

§ 16. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE OSTREGO ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu, który to pobyt rozpoczął się w okresie ochrony, i trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w umowie, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie za każdy dzień pobytu w szpitalu. Minimalną długość pobytu w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu i wysokość świadczenia określimy wspólnie w umowie i potwierdzimy w polisie. W polisie wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za 1 dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu, o ile zakres umowy obejmuje to świadczenie dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym roku polisowym, ograniczona jest do 180 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym roku polisowym pobytów w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu.
3. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem ostrego zawału serca lub udaru mózgu, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności powstał na skutek wypadku;
 - c) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - d) wad wrodzonych;
 - e) niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - f) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem – w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca.
5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie udaru mózgu, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem:
 - a) napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego;
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.
6. Stosujemy karencję, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu, który wystąpił w okresie 1 miesiąca

od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **Ubezpieczony** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 17. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU REHABILITACYJNYM PO POBYCIE W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU, OSTREGO ZAWAŁU SERCA, UDARU MÓZGU LUB Z POWODU ZABIEGU OPERACYJNEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w ciągu 30 dni od:
 - a) zakończenia pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, trwającego co najmniej 6 dni, który był spowodowany przez **ostry zawał serca**;
 - b) zakończenia pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, trwającego co najmniej 10 dni, który był spowodowany przez **wypadek** lub **zabieg operacyjny**;
 - c) zakończenia pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, trwającego co najmniej 14 dni, który był spowodowany **udarem mózgu**,wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu rehabilitacyjnym**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu rehabilitacyjnym** potwierdzimy w **polisie**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 30 dni pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 30 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów w **szpitalu rehabilitacyjnym**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **wypadku, ostrego zawału serca, udaru mózgu** lub z powodu **zabiegu operacyjnego**, które powstało wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
4. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia.
5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną pobytu w **szpitalu** w następstwie **wypadku** było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **Ubezpieczonego**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **udar mózgu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem:
 - a) napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego;
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.
7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **ostrego zawału serca** lub **udar mózgu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **ostrego zawału serca** lub **udar mózgu**, które powstały wskutek:
 - a) zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - b) **wad wrodzonych**;
 - c) niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem – jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **ostrego zawału serca**.
8. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** z powodu **zabiegu**

operacyjnego, jeżeli poddanie się przez **Ubezpieczonego** **zabiegowi operacyjnemu** było skutkiem:

- a) **wad wrodzonych**;
 - b) poprzednio wykonywanego u **Ubezpieczonego** **zabiegu operacyjnego**.
9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **Ubezpieczony** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu rehabilitacyjnym**.

§ 18. KOSZTY LEKÓW PO POBYCIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku konieczności zakupu przez **Ubezpieczonego** **leków** po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu** rozpoczętym w **okresie ochrony**, w celu leczenia:
 - a) **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - b) powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - c) doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień,wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do określonej w **umowie** **sumy ubezpieczenia** na każdy pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu**.
2. Wysokość **sumy ubezpieczenia** na każdy pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** oraz minimalną długość pobytu w **szpitalu** potwierdzimy w **polisie**.
3. Nasza odpowiedzialność obejmuje tylko te koszty zakupu **leków**, które zostały poniesione w okresie 180 dni liczonych od dnia wypisu ze **szpitala**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za koszty **leków** po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby**, powikłań związanych z ciężką lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nie wypłacimy świadczenia za koszty **leków** po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - c) leczeniem skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) rehabilitacji, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
6. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za zwrot kosztów **leków** po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.

§ 19. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W ZAKRESIE CHIRURGII JEDNEGO DNIA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku, gdy w **okresie ochrony** – w trakcie pobytu w **szpitalu**, który trwał nie dłużej niż 5 dni – **Ubezpieczony** podda się zabiegom wymienionym w załączniku nr 3 do tych **o.w.u.**, wypłacimy mu świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do określonej w **umowie** **sumy ubezpieczenia** dla 1 zabiegu. Pokrywamy koszty:
 - a) zabiegu;
 - b) znieczulenia;
 - c) hospitalizacji;
 - d) opieki pielęgniarskiej;
 - e) lekarstw, transfuzji krwi, osocza, płynów dożylnych, iniekcji, środków opatrunkowych użytych podczas hospitalizacji lub zabiegu;

- f) badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonanych podczas hospitalizacji;
- g) jednej wizyty kontrolnej po wykonaniu zabiegu.
- 2. Wysokość **sumy ubezpieczenia** na 1 zabieg potwierdzimy w **polisie**, przy czym wysokość limitu na wszystkie zabiegi wykonane w każdym **roku polisowym** ograniczona jest do kwoty 5000 zł.
- 3. Nasza odpowiedzialność obejmuje wyłącznie koszty, które **Ubezpieczony** poniósł w następstwie poddania się w trakcie pobytu w **szpitalu** zabiegom, które były następstwem:
 - a) **chorób** zdiagnozowanych w **okresie ochrony**; lub
 - b) obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 4. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia, jeżeli przyczyną poddania się przez **Ubezpieczonego** zabiegowi był **wypadek** lub **choroba**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
- 5. Nie wypłacimy świadczenia ze leczenia **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia, jeżeli:
 - a) zabieg miał na celu leczenie **wad wrodzonych**, lub schorzeń bezpośrednio związanych z **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzono zabieg chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem zabiegów mających na celu likwidację skutków **wypadków**.
- 6. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia, które miało miejsce w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że leczenie **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia było wynikiem **wypadku**.

§ 20. ZABIEGI OPERACYJNE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku poddania się przez **Ubezpieczonego** w **okresie ochrony** **zabiegowi operacyjnemu** wskazanemu w załączniku nr 4 do tych **o.w.u.**, związanemu z **chorobą** zdiagnozowaną w **okresie ochrony** lub z doznanymi obrażeniami ciała będącymi następstwem **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
- 2. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za **zabiegi operacyjne**:
 - a) z kategorii A – wypłacimy świadczenie w wysokości 25% kwoty określonej w lit. d poniżej;
 - b) z kategorii B – wypłacimy świadczenie w wysokości 50% kwoty określonej w lit. d poniżej;
 - c) z kategorii C – wypłacimy świadczenie w wysokości 75% kwoty określonej w lit. d poniżej;
 - d) z kategorii D – wypłacimy świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** i potwierdzonej w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 3. Nie wypłacimy świadczenia za **zabiegi operacyjne Ubezpieczonego**, jeżeli poddanie się przez **Ubezpieczonego** **zabiegowi operacyjnemu** było skutkiem:
 - a) **wad wrodzonych**;
 - b) poprzednio wykonywanego u **Ubezpieczonego** **zabiegu operacyjnego**.
- 4. Nie obejmujemy ochroną:
 - a) **zabiegów operacyjnych** prowadzonych w celach diagnostycznych;
 - b) **zabiegów operacyjnych** wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych;
 - c) **zabiegów operacyjnych** dotyczących tylko skóry i tkanki podskórnej;
 - d) **zabiegów operacyjnych** przeprowadzonych w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - e) **zabiegów operacyjnych** cięcia cesarskiego, z wyłączeniem rozwiązania ciąży mnogiej przez cięcie cesarskie;
 - f) zabiegów małoinwazyjnych wykorzystujących techniki termoblacji (termolezji) lub krioblacji wybranych struktur układu nerwowego w celu zniesienia (blokowania) przewodzenia bólu.

- 5. Nie wypłacimy świadczenia za **zabiegi operacyjne Ubezpieczonego**, jeżeli przyczyną wykonania **zabiegu operacyjnego** był **wypadek** lub **choroba**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
- 6. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za poddanie się przez **Ubezpieczonego** **zabiegowi operacyjnemu** w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że poddanie się **zabiegowi operacyjnemu** było następstwem **wypadku**.
- 7. Jeżeli na skutek tego samego **wypadku**, **choroby** lub jej zaostreżeń albo powikłań, **Ubezpieczony** poddał się więcej niż 1 **zabiegowi operacyjnemu** w obrębie tego samego narządu, wypłacimy 1 świadczenie za **zabieg operacyjny** o najwyższej wartości świadczenia.
- 8. Jeżeli na skutek **choroby** lub **wypadku**, w trakcie 1 pobytu w sali operacyjnej, **Ubezpieczony** miał przeprowadzony **zabieg operacyjny** dotyczący kilku narządów, wypłacimy 1 świadczenie za **zabieg operacyjny** o najwyższej wartości świadczenia.

§ 21. WYSTĄPIENIE U UBEZPIECZONEGO POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku wystąpienia u **Ubezpieczonego** powikłań pooperacyjnych wymienionych w załączniku nr 5 do tych **o.w.u.** przed upływem 3 miesięcy od wykonania **zabiegu operacyjnego** mającego miejsce w **okresie ochrony**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
- 2. Wysokość świadczenia ustalimy w następujący sposób:
 - a) za powikłania z kategorii A, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości 50% kwoty określonej w lit. b poniżej;
 - b) za powikłania należące do kategorii B wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** i potwierdzonej w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 3. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** powikłań pooperacyjnych, jeżeli **zabieg operacyjny**, którego następstwem jest powikłanie pooperacyjne, został przeprowadzony wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.**;
 - b) zatkania się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - c) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
- 4. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** powikłań pooperacyjnych, jeżeli powikłanie pooperacyjne było bezpośrednio wynikiem:
 - a) **wad wrodzonych**;
 - b) **reoperacji**.
- 5. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** powikłań pooperacyjnych, jeżeli **zabieg operacyjny**, którego następstwem jest powikłanie pooperacyjne, był wykonywany:
 - a) w celu leczenia choroby nowotworowej;
 - b) w trybie nagłym, tj. w ciągu 24 godzin od przyjęcia **Ubezpieczonego** do **szpitala** ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia **Ubezpieczonego**, skutkującym pobyt w **Ubezpieczonego** w **szpitalu** co najmniej 3 dni po zabiegu;
 - c) w celach diagnostycznych.
- 6. Nie odpowiadamy za powikłania pooperacyjne będące zamierzonym następstwem przeprowadzonego w **szpitalu** **zabiegu operacyjnego** lub zaostreżeniem **chorób** współistniejących przed zabiegiem.

§ 22. LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku rozpoczęcia u **Ubezpieczonego** w **okresie ochrony** wskazanych w tabeli nr 7 metod leczenia specjalistycznego, wypłacimy

Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.

2. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za **leczenie specjalistyczne**:

- a) z kategorii A – wypłacimy świadczenie w wysokości 50% kwoty określonej w lit. b poniżej;
b) z kategorii B – wypłacimy świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** i potwierdzonej w **polisie**.

Tabela nr 7 (leczenie specjalistyczne **Ubezpiezonego**)

METODY LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO		kategoria leczenia
1.	ablacja – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca	B
2.	chemioterapia albo radioterapia w postaci przyjęcia co najmniej 1 cyklu terapeutycznego	B
3.	dializoterapia trwająca przez okres co najmniej 3 miesięcy w celu leczenia przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej	B
4.	domowa terapia tlenem w leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i astmy o ciężkim przebiegu, pod łącznym warunkiem: • spełnienia kryteriów gazometrycznych: – pO₂ w spoczynku mniejsze lub równe 55 mm Hg z powtarzalnym wynikiem badania po miesiącu, – pO₂ w spoczynku w przedziale 56–60 mm Hg co najmniej przy występowaniu 1 z takich czynników, jak: radiologiczne cechy nadciśnienia płucnego, elektrokardiograficzne cechy przerostu prawej komory serca, wartość hematokrytu równa lub większa niż 55% z powtarzalnym wynikiem gazometrii po 3 miesiącach, • pozytywnej kwalifikacji przez Poradnię Domowego Leczenia Tlenem po 8 tygodniach od hospitalizacji po ostatnim zaostrzeniu choroby, • wartość czynnika SpO₂ ≤ 92%, oraz występuje klinicznie nasilona duszność, • zalecenia tlenoterapii powyżej 15 h/ dobę	B
5.	leczenie metodą Gamma Knife zmian chorobowych w obrębie struktur mózgowia lub tkanek górnego odcinka kręgosłupa szyjnego	A
6.	terapia interferonowa w zakresie leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub stwardnienia rozsianego (podawanie drogą pozajelitową interferonu)	B
7.	trombektomia mechaniczna w udarze niedokrwinnym mózgu (zabieg wewnątrznaczyniowy wykonany w celu usunięcia niedrożności w obszarze unaczynienia mózgowego)	A
8.	wertebroplastyka (zabieg przeprowadzony w leczeniu zmian chorobowych lub pourazowych w obrębie kręgosłupa, wykonany w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym, polegający na wprowadzeniu do kręgu substancji cementującej)	A
9.	wszczepienie implantu ślimakowego (wszczepienie implantu ślimakowego w celu leczenia całkowitej obustronnej głuchoty, częściowej głuchoty lub głębokiego ubytku słuchu – niedosłuchu)	A
10.	wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną w celu leczenia poważnych zaburzeń rytmu pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia)	B
11.	wszczepienie rozrusznika serca (wszczepienie urządzenia elektronicznego w postaci stymulatora w celu pobudzenia i regulowania rytmu serca)	B

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia w ramach każdej z opisanej w tabeli nr 7 metody leczenia specjalistycznego.
- Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia w przypadku stosowania u **Ubezpiezonego** zarówno leczenia specjalistycznego będącego chemioterapią, jak i leczenia specjalistycznego będącego radioterapią, o ile oba te leczenie stosowane są do tej samej jednostki chorobowej lub zachodzi związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zastosowaniem obu tych metod leczenia specjalistycznego.
- Nie wypłacimy świadczenia za leczenie specjalistyczne w przypadku, gdy jest bezpośrednim następstwem leczenia specjalistycznego, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
- Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za leczenie specjalistyczne **Ubezpiezonego** rozpoczęte w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że leczenie specjalistyczne było wynikiem **wypadku**.
- Nie wypłacimy świadczenia za leczenie specjalistyczne **Ubezpiezonego**, jeżeli leczenie specjalistyczne było skutkiem:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.**;
 - b) zatrucia się **Ubezpiezonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - c) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpiezonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
- Nie odpowiadamy za leczenie specjalistyczne **Ubezpiezonego** polegające na domowej terapii tlenem w leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i astmy o ciężkim przebiegu, które było skutkiem:
 - a) pozapalnego zwłóknienia i marskości płuc;

- pylicy płuc;
 - samoistnego włóknienia płuc;
 - mukowiscydozy;
 - przewlekłej niewydolności serca;
 - przewlekłej zatorowości płucnej;
 - wady serca lub dużych naczyń (aorty, żyły głównej dolnej, żyły głównej górnej, żył i tętnic płucnych);
 - choroby układu nerwowego;
 - choroby nowotworowej;
 - zmian anatomicznych lub pourazowych;
 - zespołu ostrej niewydolności oddechowej;
 - przeszczepu płuc.
9. Nie odpowiadamy za leczenie specjalistyczne **Ubezpiezonego** polegające na wszczepieniu implantu ślimakowego, które było skutkiem **wad wrodzonych** słuchu.

§ 23. KARDIOLOGICZNE LECZENIE SPECJALISTYCZNE **UBEZPIECZONEGO**

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpiezonego**. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**, w przypadku przeprowadzenia u **Ubezpiezonego** w **okresie ochrony** 1 z następujących metod kardiologicznego leczenia specjalistycznego:
 - a) ablacji – zabiegu wykonywanego za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca;
 - b) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora (wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną w celu leczenia poważnych zaburzeń rytmu pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia);

- c) wszczepienia rozrusznika serca (wszczepienie urządzenia elektrycznego w postaci stymulatora w celu pobudzania i regulowania rytmu serca).

2. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia w ramach każdej z opisanych w ust. 1 metod kardiologicznego leczenia specjalistycznego.
4. Nie wypłacimy świadczenia za kardiologiczne leczenie specjalistyczne w przypadku, gdy jest bezpośrednim następstwem kardiologicznego leczenia specjalistycznego, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
5. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za kardiologiczne leczenie specjalistyczne **Ubezpieczonego** mające miejsce w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że kardiologiczne leczenie specjalistyczne było wynikiem **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za kardiologiczne leczenie specjalistyczne **Ubezpieczonego**, jeżeli leczenie specjalistyczne było skutkiem:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.**;
 - b) zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami statycznymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - c) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

§ 24. TELEOPIEKA KARDIOLOGICZNA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, trwał co najmniej 3 dni i był następstwem **choroby** wymienionej w załączniku nr 6 do tych **o.w.u.**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy na terytorium Polski i pokryjemy koszty następujących świadczeń:
 - a) dostarczenia **Ubezpieczonemu** **zestawu teleopieki kardiologicznej**;
 - b) przeprowadzenia telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element **zestawu teleopieki kardiologicznej**;
 - c) telefonicznej opieki kardiologicznej;
 - d) odbioru aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, stanowiącego element **zestawu teleopieki kardiologicznej** z miejsca pobytu **Ubezpieczonego**, po upływie okresu na jaki aparat EKG został udostępniony **Ubezpieczonemu**.
2. W ramach telefonicznej opieki kardiologicznej zorganizujemy i pokryjemy koszty całodobowego dostępu do następujących usług (bez limitu ilościowego):
 - a) rejestrowania w systemie telemedycznym badań przestanych przez **Ubezpieczonego** za pomocą otrzymanego aparatu EKG;
 - b) analizy badań, o których mowa w lit. a);
 - c) stałego kontaktu telefonicznego z personelem medycznym;
 - d) dostępu do informacji na temat wyniku badań pod numerem znajdującym się na aparacie EKG;
 - e) archiwizacji wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
 - f) udostępnienia drogą telefoniczną po uprzedniej weryfikacji tożsamości lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików) wyników badań **Ubezpieczonemu** lub wskazanemu przez niego lekarzowi lub innej osobie;
 - g) wezwania pogotowia ratunkowego do miejsca pobytu **Ubezpieczonego**, w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej oraz posiadania wiedzy o miejscu pobytu **Ubezpieczonego**, a także poinformowanie o tym fakcie wskazanej przez **Ubezpieczonego** osoby;
 - h) przekazywania dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania **Ubezpieczonego**.
3. **Zestaw teleopieki kardiologicznej** i telefoniczna opieka kardiologiczna przysługują **Ubezpieczonemu** przez okres 180 dni licząc od daty dostarczenia **Ubezpieczonemu** zestawu.
4. Jeśli w okresie posiadania **zestawu teleopieki kardiologicznej**, **Ubezpieczony** rozpocznie kolejny pobyt w **szpitalu**, spełniający przesłanki, o których mowa w ust. 1, okres przysługiwania **zestawu teleopieki kardiologicznej** i telefonicznej opieki kardiologicznej

ulegają przedłużeniu o kolejne 180 dni, licząc od dnia wypisu ze **szpitala**.

5. **Zestaw teleopieki kardiologicznej** dostarczymy **Ubezpieczonemu** w ciągu 3 dni roboczych od daty zgłoszenia zdarzenia.
6. W celu telefonicznego kontaktu personelu medycznego z **Ubezpieczonym**, niezbędne jest posiadanie przez **Ubezpieczonego** telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer zostanie nam podany.
7. **Ubezpieczony** jest zobowiązany:
 - a) postępować zgodnie z dyspozycjami w zakresie korzystania z aparatu EKG oraz niezwłocznie informować o dostrzeżonych oznakach nieprawidłowego działania, awarii, uszkodzenia lub utrudnieniach w działaniu aparatu;
 - b) nie przekazywać aparatu EKG innym osobom i korzystać z teleopieki kardiologicznej wyłącznie na własny użytek;
 - c) korzystać z aparatu EKG zgodnie z przekazaną **Ubezpieczonemu** instrukcją obsługi;
 - d) do zwrotu aparatu EKG po zakończeniu teleopieki kardiologicznej. W tym celu skontaktujemy się z **Ubezpieczonym** i ustalimy sposób i termin zwrotu aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką. **Ubezpieczony** nie ponosi kosztu odbioru sprzętu EKG.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

8. Nie organizujemy i nie ponosimy kosztów świadczeń teleopieki kardiologicznej, jeżeli pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie **choroby** wymienionej w załączniku nr 6 do tych **o.w.u.**, był skutkiem:
 - a) popełnienia przez **Ubezpieczonego** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - b) leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwa;
 - c) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - d) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - e) epidemii lub pandemii.
9. Nie organizujemy i nie ponosimy kosztów świadczeń teleopieki kardiologicznej, jeżeli pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie **choroby** wymienionej w załączniku nr 6 do tych **o.w.u.**, miał na celu przeprowadzenie planowego leczenia, planowych konsultacji lub planowych badań.
10. Nie odpowiadamy za niewykonanie lub nienależyte wykonanie teleopieki kardiologicznej, jeśli nastąpiło to w wyniku działania **siły wyższej**.
11. Nie ponosimy kosztów połączeń telefonicznych. Opłaty za połączenie są zgodne z cennikiem operatora.

§ 25. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku wystąpienia u **Ubezpieczonego** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawni się w okresie 180 dni od dnia **wypadku** i został wymieniony w załączniku nr 7 do tych **o.w.u.**; wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. W **umowie** wskażemy wysokość świadczeń za 1% i za 100% **trwałego uszczerbku na zdrowiu**.
3. Za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** **Ubezpieczonemu** wypłacimy 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 7 do tych **o.w.u.**.
4. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **trwałego uszczerbku na zdrowiu** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**,
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

6. W odniesieniu do:
 - a) urazów **leczonych tylko zachowawczo**, a następnie **leczonych operacyjnie**, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wysokości świadczeń z tytułu urazów **leczonych operacyjnie**,
 - b) **skręceń i zwichnięć** w obrębie tego samego stawu, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 1 **wypadku** w każdym **roku polisowym** w zakresie tego świadczenia dodatkowego,
 - c) oparzeń mieszanych I/II lub II/III stopnia odpowiadamy za wyższy stopień oparzenia.
7. Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u **Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku** nie obejmuje:
 - a) pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic;
 - b) **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, którego przyczyną było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **Ubezpieczonego**.
8. W razie wystąpienia kilku **trwałych uszczerbków na zdrowiu** w następstwie 1 **wypadku**, wartości procentowe **trwałych uszczerbków na zdrowiu** podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do wartości 100%.
9. Przy ustalaniu **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku** nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez **Ubezpieczonego**.
10. Jeżeli **Ubezpieczony** zmarł, a stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** nie został wcześniej określony, to stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

§ 26. URAZ NIEPOWODUJĄCY TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku wystąpienia u **Ubezpieczonego** urazu **niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **Ubezpieczonego** urazu **niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu**, jeżeli **wypadek** będący jego przyczyną powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
3. Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u **Ubezpieczonego** urazu **niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**:
 - a) nie obejmuje urazów, których przyczyną było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **Ubezpieczonego**,
 - b) w każdym **roku polisowym** w zakresie tego świadczenia dodatkowego ograniczona jest do 2 **urazów niepowodujących trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**.

§ 27. KOSZTY LECZENIA UBEZPIECZONEGO PONIESIONE W POLSCE W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do wysokości określonej w **umowie** **sumy ubezpieczenia** na każdy **wypadek** – jeśli w następstwie **wypadku** **Ubezpieczony** poniesie te koszty na terenie Polski.

Do kosztów tych należą:

- a) honoraria lekarskie;
 - b) koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza;
 - c) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza;
 - d) koszty lekarstw zaleconych przez lekarza;
 - e) koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza;
 - f) koszty transportu medycznego **Ubezpieczonego** środkami ratownictwa medycznego, wymaganymi w danych okolicznościach na skutek stanu zdrowia **Ubezpieczonego** po **wypadku**;
 - g) koszty zakupu lub wypożyczenia protez, ortez i innych wyrobów medycznych zaleconych przez lekarza;
 - h) koszty zakupu lub wypożyczenia **sprzętu rehabilitacyjnego** zaleconego przez lekarza;
 - i) koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza;
 - j) koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza;
 - k) koszty zdjęć rentgenowskich, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza prowadzącego w procesie leczenia powypadkowego.
2. Wysokość **sumy ubezpieczenia** na 1 **wypadek** potwierdzimy w **polisie**.
 3. Nasza odpowiedzialność obejmuje tylko te koszty, które zostały poniesione w okresie 365 dni od daty **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za koszty leczenia **Ubezpieczonego** poniesione w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną poniesienia kosztów leczenia nastąpił wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów poniesionych z tytułu lub w następstwie:
 - a) zabiegów ze wskazań estetycznych, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) zabiegów lub leczenia nieuznanych w sposób naukowy i medyczny;
 - c) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego**;
 - d) zakupu artykułów żywnościowych;
 - e) wykonywania czynności pielęgnacyjnych względem **Ubezpieczonego**;
 - f) pobytów w **sanatoriach** lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc;
 - g) leczenia stomatologicznego, bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego.
6. Nie odpowiadamy za koszty leczenia **Ubezpieczonego**, jeżeli przyczyną ich poniesienia było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **Ubezpieczonego**.

§ 28. ŚWIADCZENIA ASSISTANCE I TELEMEDYCYNĄ

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONEGO

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń dotyczących **Ubezpieczonego**, wymienionych w tabeli nr 8, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń **assistance** i **telemedycyny** wymienionych w tej tabeli.
2. Koszty, o których mowa w ust. 1, pokrywamy do wysokości łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia, z uwzględnieniem podlimitów wskazanych w tabeli nr 8.

Tabela nr 8 (świadczenia dla Ubezpieczonego)

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE I TELEMEDYCYNĘ WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI (Z WYJĄTKIEM ŚWIADCZENIA ASSISTANCE – POMOC MEDYCZNA ZA GRANICĄ), Z UWZGLĘDNIENIEM PODLIMITÓW DLA DANEGO ŚWIADCZENIA I LIMITU ŁĄCZNEGO NA ZDARZENIE:		Podlimity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do 1 zdarzenia
I. POMOC UBEZPIECZONEMU W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY LUB WYPADKU		
1.	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	
Gdy w wyniku choroby lub wypadku Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, pokryjemy koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza. Koszt leków nie jest przez nas pokrywany.		
2.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej	
Transporty medyczne są organizowane do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, gdy w wyniku choroby lub wypadku wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w placówce medycznej; transporty medyczne są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.		
3.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą z placówki medycznej do miejsca pobytu	
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej, w której przebywa Ubezpieczony, do miejsca jego pobytu.		
4.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą pomiędzy placówkami medycznymi	
Transporty są organizowane w przypadku, gdy placówka medyczna nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego lub gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej; transporty są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.		
5.	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	
Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku Ubezpieczonego zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, zorganizujemy i pokryjemy koszty, w zależności od wyboru Ubezpieczonego:		1000 zł w przypadku choroby lub 2000 zł po wypadku
a.	wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego , albo	
b.	transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	
6.	Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	
Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest używanie sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu, zapewnimy:		
a.	organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego ;	500 zł
b.	pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego ;	500 zł
c.	podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny .	bez limitu
7.	Opieka nad niepełnoletnimi dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
Gdy w wyniku choroby lub wypadku Ubezpieczonego, wymagany jest pobyt w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy następujące koszty dotyczące jego niepełnoletnich dzieci i osób niesamozależnych pozostających pod jego opieką:		
a.	przewozu komunikacją kolejową lub autobusową niepełnoletnich dzieci pod opieką osoby przez nas uprawnionej do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane, o ile na trasie do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa;	
b.	przejazdu komunikacją kolejową lub autobusową osoby wyznaczonej do opieki, z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu niepełnoletnich dzieci /osoby niesamozależnej, i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane, o ile na trasie do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa.	
Powyższe usługi wymienione w pkt 7 lit. a. i b. realizowane są, gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdy nie udało nam się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 7 lit. a. lub b., zapewnimy:		
c.	organizację i pokrycie kosztów opieki w miejscu pobytu niepełnoletnich dzieci /osoby niesamozależnej przez maksymalnie 5 dni.	
8.	Opieka pielęgniarki po pobycie w szpitalu	
Jeżeli Ubezpieczony w wyniku choroby lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku z medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu jego pobytu; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni.		

9. Pomoc domowa po pobycie w szpitalu	
Jeżeli Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni i według jego oświadczenia nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości) po zakończeniu hospitalizacji; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni. Koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany.	
10. Pomoc medyczna za granicą	
Jeżeli poza granicami Polski Ubezpieczony wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich oraz honorariów i dojazdów lekarza do miejsca pobytu, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej . Wartość świadczenia stanowi równowartość kwoty przeliczonej z waluty danego kraju na złote polskie, według kursu opublikowanego przez NBP w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia skorzystania ze świadczenia.	
11. Opieka nad zwierzętami domowymi w czasie pobytu w szpitalu	
Po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji o przewidywanym czasie pobytu w szpitalu Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy koszty jednego z następujących świadczeń:	
a.	opieki nad zwierzętami domowymi (psami i kotami) w miejscu jego pobytu, maksymalnie przez okres 6 kolejnych dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, na wniosek Ubezpieczonego skontaktujemy się z dalszą rodziną lub schroniskiem/hotelem dla zwierząt, w celu zorganizowania dalszej opieki na jego koszt;
b.	transportu zwierząt domowych (psów i kotów) do osoby lub hotelu dla zwierząt wyznaczonych przez Ubezpieczonego .
II. POMOC UBEZPIECZONEMU W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU	
Wizyta lekarska	
W razie wystąpienia wypadku u Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich oraz honorariów i dojazdów lekarza do miejsca pobytu, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .	500 zł
III. ŚWIADCZENIA W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH UBEZPIECZONEGO	
Pomoc psychologa	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa w razie wystąpienia u Ubezpieczonego następujących trudnych sytuacji losowych:	
a.	poronienia, śmierci dziecka lub urodzenia martwego dziecka
b.	choroby zakwalifikowanej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia odżywiania (F50)
c.	samookaleczenia lub próby samobójczej
d.	śmierci małżonka albo partnera , dziecka , rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera .
IV. INFOLINIE DLA UBEZPIECZONEGO	
1. Infolinia medyczna w razie choroby lub wypadku Ubezpieczonego – informacje o:	
a.	państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia
b.	działaniu leków, ich skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży
c.	placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne
d.	placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny
e.	niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych
f.	domach pomocy społecznej, hospicjach
g.	schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów prawa)
h.	niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku
i.	grupach wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci
j.	aptekach czynnych przez całą dobę
k.	szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych dla podróżujących
l.	poradnieniach i placówkach leczenia uzależnień od narkotyków.
Informacje, o których mowa w lit. a.-l. powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.	

bez limitu

2. Infolinia zdrowe odżywianie w razie ciąży, choroby lub wypadku Ubezpieczonego – informacje o:		
a. dietach dla dzieci, dorosłych, osób starszych, kobiet w ciąży	bez limitu	
b. diecie bezglutenowej		
c. diecie dla cukrzyków		
d. diecie dla osób otyłych		
e. zasadach zdrowego odżywiania		
f. tabelach kalorycznych, tabelach indeksu glikemicznego		
g. zapotrzebowaniu organizmu na witaminy lub mikroelementy w razie choroby		
h. funkcjach poszczególnych witamin w organizmie		
i. danych teleadresowych lekarzy dietetyków.		
Informacje, o których mowa w lit. a.-i. nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego		
3. Infolinia baby assistance w razie ciąży lub urodzenia się dziecka Ubezpieczonego – informacje o:		
a. objawach ciąży	bez limitu	
b. badaniach prenatalnych		
c. wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu		
d. szkołach rodzenia		
e. pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie		
f. karmieniu dziecka		
g. obowiązkowych szczepieniach dzieci		
h. pielęgnacji dziecka .		
Informacje, o których mowa w lit. a.-h. nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego		
4. Infolinia pogrzebowa w razie śmierci osoby bliskiej – informacje o:		
a. procedurach postępowania w Polsce w razie śmierci osoby bliskiej i wydaniu karty zgonu, w zależności od okoliczności śmierci	bez limitu	
b. terminach zgłoszenia zgonu w Urzędzie Stanu Cywilnego		
c. dokumentach niezbędnych do wydania aktu zgonu		
d. danych teleadresowych zakładów pogrzebowych		
e. dokumentów wymaganych przez zakład pogrzebowy		
f. zasiłku pogrzebowego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych: – komu przysługuje, – wysokość zasiłku, – wymagane dokumenty, – przedawnienie roszczeń o jego wypłatę.		
g. danych teleadresowych kwaciarni.		
V. TELEMEDYCYNĄ W RAZIE WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO CHOROBY, WYPADKU LUB NASILENIA OBJAWÓW CHOROBOWYCH O OSTRYM PRZEBIEGU POZOSTAJĄCYCH W BEZPOŚREDNIM ZWIĄZKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ , WYMAGAJĄCYCH NATYCHMIASTOWEJ PORADY LEKARSKIEJ		
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich, udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym: teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem chatu (w ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy), obejmujących:		
a. wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	6 porad lekarskich w każdym roku polisowym	
b. zdalne wystawienie skierowania na badania lub zabiegi (w przypadkach medycznie uzasadnionych)		
c. zdalne wystawienie zwolnienia lekarskiego (w przypadkach medycznie uzasadnionych i o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość)		
d. zdalną poradę lekarską udzielaną przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę w zakresie wyników przeprowadzonych badań.		

ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z JEGO MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM LUB DZIECKIEM, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń w życiu **Ubezpieczonego**, wymienionych w tabeli nr 9, dotyczących **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera**, **Ubezpieczonemu** należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 9, przy czym w odniesieniu do 1 zdarzenia łączny limit naszej odpowiedzialności to 10 000 zł.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń assistance i telemedycyny, wymienionych w tabeli nr 9. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń, o których mowa w ust. 3, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance i telemedycyny, wskazanych w tabeli nr 9, przy czym w odniesieniu do 1 zdarzenia łączny limit naszej odpowiedzialności to 10 000 zł. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance i telemedycyny, w odniesieniu do 1 zdarzenia, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia assistance i telemedycyny, wykonanego z tytułu zdarzenia.

Tabela nr 9 (świadczenia związane z **małżonkiem** albo **partnerem** lub **dzieckiem**, które nie ukończyło 25 roku życia)

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE I TELEMEDYCYNY WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI (Z WYJĄTKIEM ŚWIADCZENIA ASSISTANCE – POMOC MEDYCZNA ZA GRANICĄ), Z UWZGLĘDNIENIEM SUM UBEZPIECZENIA ASSISTANCE DLA DANEGO ŚWIADCZENIA I LIMITU ŁĄCZNEGO NA ZDARZENIE:		Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie, w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do 1 zdarzenia
I. POMOC MAŁŻONKOWI ALBO PARTNEROWI LUB DZIECKU, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY LUB WYPADKU		
1.	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	
	Gdy w wyniku choroby lub wypadku małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, pokryjemy koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza. Koszt leków nie jest przez nas pokrywany.	500 zł
2.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej	
	Transporty medyczne są organizowane do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, gdy w wyniku choroby lub wypadku wymagany jest pobyt małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, w placówce medycznej; transporty medyczne są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.	1200 zł
3.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą z placówki medycznej do miejsca pobytu	
	Na wniosek małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej, w której przebywa małżonek albo partner lub dziecko, które nie ukończyło 25 roku życia, do miejsca jego pobytu.	1200 zł
4.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą pomiędzy placówkami medycznymi	
	Transporty są organizowane w przypadku, gdy placówka medyczna nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, lub gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej; transporty są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.	1200 zł
5.	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	
	Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, zorganizujemy i pokryjemy koszty, w zależności od wyboru Ubezpieczonego:	1000 zł w przypadku choroby lub 2000 zł po wypadku
a.	wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu osoby korzystającej z rehabilitacji, albo	
b.	transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	
6.	Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	
	Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest używanie sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu, zapewnimy:	
a.	organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu osoby, dla której wypożyczono lub zakupiono sprzęt rehabilitacyjny;	500 zł
b.	pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.	500 zł
7.	Opieka nad niepełnoletnimi dziećmi i osobami niesamodzielnymi	

Gdy w wyniku choroby lub wypadku małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia wymagany jest pobyt w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy następujące koszty dotyczące jego niepełnoletnich dzieci i osób niesamodzielnych pozostających pod jego opieką:		
a.	przewozu komunikacją kolejową lub autobusową niepełnoletnich dzieci pod opieką osoby przez nas uprawnionej do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane, o ile na trasie do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa	
b.	przejazdu komunikacją kolejową lub autobusową osoby wyznaczonej do opieki, z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu niepełnoletnich dzieci /osoby niesamodzielnej, i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane, o ile na trasie do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa.	1200 zł
Powyższe usługi wymienione w pkt 7 lit. a. i b. realizowane są, gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdy nie udało nam się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 7 lit. a. lub b., zapewnimy:		
c.	organizację i pokrycie kosztów opieki w miejscu pobytu niepełnoletnich dzieci /osoby niesamodzielnej przez maksymalnie 5 dni.	
8. Organizacja prywatnych lekcji		
W sytuacji, gdy dziecko Ubezpieczonego, małżonka albo partnera, zgodnie z pisemnym wskazaniem lekarza prowadzącego, powinno przebywać w domu przez okres powyżej 7 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty prywatnych lekcji (utracych lekcji w szkole zgodnie z planem lekcji); data rozpoczęcia prywatnych lekcji powinna wystąpić nie później niż w okresie 30 dni od daty wystawienia pisemnego wskazania lekarza prowadzącego do przebywania w domu, a data zakończenia prywatnych lekcji – przed upływem 30 dnia licząc od daty ich rozpoczęcia.		1200 zł
9. Organizacja pobytu przedstawiciela ustawowego w szpitalu w razie pobytu dziecka w szpitalu		
W sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego, małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, w wyniku choroby lub wypadku przebywa w szpitalu, zorganizujemy i pokryjemy koszty pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitala, w którym przebywa dziecko, lub w hotelu przy szpitalnym.		1200 zł
10. Opieka pielęgniarki po pobycie w szpitalu		
Jeżeli małżonek albo partner lub dziecko, które nie ukończyło 25 roku życia w wyniku choroby lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku z medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu jego pobytu; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni.		1200 zł
11. Pomoc domowa po pobycie w szpitalu		
Jeżeli małżonek albo partner lub dziecko, które nie ukończyło 25 roku życia przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni i według jego oświadczenia nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości) po zakończeniu hospitalizacji; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni. Koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany.		1200 zł
12. Pomoc medyczna za granicą		
Jeżeli poza granicami Polski małżonek albo partner lub dziecko, które nie ukończyło 25 roku życia wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich oraz honorariów i dojazdów lekarza do miejsca pobytu, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej. Wartość świadczenia stanowi równowartość kwoty przeliczonej z waluty danego kraju na złote polskie, według kursu opublikowanego przez NBP w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia skorzystania ze świadczenia.		1200 zł
13. Opieka nad zwierzętami domowymi w czasie pobytu w szpitalu		
Po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji o przewidywanym czasie pobytu w szpitalu małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia, zorganizujemy i pokryjemy koszty 1 z następujących świadczeń:		
a.	opieki nad zwierzętami domowymi (psami i kotami) w miejscu jego pobytu, maksymalnie przez okres 6 kolejnych dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, na wniosek małżonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia, skontaktujemy się z dalszą rodziną lub schroniskiem/hotelem dla zwierząt, w celu zorganizowania dalszej opieki na jego koszt;	1200 zł
b.	transportu zwierząt domowych (psów i kotów) do osoby lub hotelu dla zwierząt wyznaczonych przez małżonka, partnera lub dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia.	
II. POMOC MAŁŻONKOWI ALBO PARTNEROWI LUB DZIECKU, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA, W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU		
Wizyta lekarska		
W razie wystąpienia wypadku u małżonka albo partnera lub dziecka, które nie ukończyło 25 roku zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich oraz honorariów i dojazdów lekarza do miejsca pobytu, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.		500 zł
III. ŚWIADCZENIA W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH MAŁŻONKA ALBO PARTNERA LUB DZIECKA, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA		
Pomoc psychologa		

Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa w razie wystąpienia u małżonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia, następujących trudnych sytuacji losowych:		
a.	poronienia, śmierci dziecka lub urodzenia martwego dziecka	
b.	choroby zakwalifikowanej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia odżywiania (F50)	500 zł
c.	samookaleczenia lub próby samobójczej	
d.	śmierci Ubezpieczonego , małżonka albo partnera , dziecka, rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera .	
IV. TELEMEDYCYNĄ W RAZIE WYSTĄPIENIA U MAŁŻONKA ALBO PARTNERA LUB DZIECKA , KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA CHOROBY , WYPADKU LUB NASILENIA OBJAWÓW CHOROBOWYCH O OSTRYM PRZEBIEGU POZOSTAJĄCYCH W BEZPOŚREDNIM ZWIĄZKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ , WYMAGAJĄCYCH NATYCHMIASTOWEJ PORADY LEKARSKIEJ		
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym: teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem chaty (w ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy), obejmujących:		
a.	wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	360 zł
b.	zdalne wystawienie skierowania na badania lub zabiegi (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	(do wykorzystania na nie więcej niż 6 porad lekarskich w każdym roku polisowym)
c.	zdalne wystawienie zwolnienia lekarskiego (w przypadkach medycznie uzasadnionych i o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość)	
d.	zdalną poradę lekarską udzielaną przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę w zakresie wyników przeprowadzonych badań.	

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów świadczeń assistance, będących następstwem **wypadku** lub **choroby**, które powstały wskutek:

- okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do zdarzeń dotyczących **Ubezpieczonego**);
- okoliczności wskazanych w § 57 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do zdarzeń dotyczących **małżonka** albo **partnera**);
- okoliczności wskazanych w § 58 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do zdarzeń dotyczących **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia);
- uczestniczenia **Ubezpieczonego**, **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera** w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, w tym również w ramach jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
- próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku** (wyłączenie nie dotyczy świadczeń assistance – pomoc psychologa);

Wyłączenie organizacji i pokrycia kosztów świadczeń assistance – w odniesieniu do świadczenia pomoc psychologa nie dotyczy następstw **wypadków** lub **chorób**, które powstały wskutek chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **Ubezpieczonego**, **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych **ICD – 10** (F00-F99).

6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:

- organizacji i pokrycia kosztów świadczeń assistance i telemedycyny poza terytorium Polski (wyłączenie nie dotyczy świadczeń assistance – pomoc medyczna za granicą);
- pokrycia kosztów świadczeń, które nie zostały przez nas zorganizowane;
- kosztów leków;
- kosztów powstałych wskutek:
 - leczenia stomatologicznego, bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
 - leczenia sanatoryjnego;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodów ich wykonania, helioterapii;
 - leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
- leczenia, które jest bezpośrednim wynikiem działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarza;
- wad wrodzonych**;

g) zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez **Ubezpieczonego**, **dziecko**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera** zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych;

h) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
i) **chorób przewlekłych**.

7. Nasza odpowiedzialność w zakresie świadczeń telemedycyny nie obejmuje:

- wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz endoskopię,
- wystawiania e-recept na leki psychotropowe, opioidowe, a także leki przyjmowane w ramach kontynuacji leczenia sprzed zajścia zdarzenia, w związku z którym organizowaliśmy świadczenie,
- wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą honorowane przez podmioty lecznicze (w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej), realizujące świadczenia medyczne na mocy kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (wystawione przez nas skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych).

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów świadczeń, których przyczyną było nadwyżerzenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **Ubezpieczonego**, **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera**.

9. Gdy na skutek **siły wyższej Ubezpieczonego** nie mógł skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń assistance, o których mowa w tabeli nr 8 lub w tabeli nr 9, zwracamy poniesione i udokumentowane koszty do wysokości podlimitów wskazanych w tabeli nr 8 i – odpowiednio – **Sum Ubezpieczenia Assistance** wskazanych w tabeli nr 9, przy zastrzeżeniu łącznego limitu na 1 zdarzenie w wysokości 10 000 zł.

10. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy podlimit kosztów wskazany w tabeli nr 8 lub **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 9, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym podlimitem lub **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 29. ŚWIADCZENIA ASSISTANCE 70+

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń dotyczących **Ubezpieczonego**, wymienionych w tabeli nr 10, za pośrednictwem

- centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance wymienionych w tej tabeli.
2. Koszty, o których mowa w ust. 1, pokrywamy na zasadach określonych w tabeli nr 10, przy uwzględnieniu wskazanych w niej limitów dla danego świadczenia na każde zdarzenie.

3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, realizowane są na terytorium Polski.

Tabela nr 10 (świadczenia assistance 70+ dla **Ubezpieczonego**)

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE 70+ WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI:		Limity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU W RAZIE CHOROBY, ZAOSTRZENIA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ LUB WYPADKU		
1.	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza; koszt leków nie jest przez nas pokrywany.		250 zł
2.	Dostarczenie do miejsca pobytu posiłków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia posiłków; koszt posiłków nie jest przez nas pokrywany.		250 zł
3.	Pomoc w opłaceniu rachunków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty zorganizowania pomocy w opłaceniu rachunków, których termin płatności przypada w okresie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub w okresie 1 miesiąca po dniu wypisu Ubezpieczonego ze szpitala; świadczenie przysługuje w odniesieniu do 2 hospitalizacji rozpoczętych w danym roku polisowym; koszt rachunków nie jest przez nas pokrywany.		250 zł
4.	Transport medyczny ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej (1 transport medyczny na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego w sytuacji, gdy w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w placówce medycznej; transport medyczny jest organizowany, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.		1000 zł
5.	Transport medyczny ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z placówki medycznej do miejsca pobytu (1 transport medyczny na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany w sytuacji, gdy w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku Ubezpieczony przebywa w placówce medycznej.		1000 zł
6.	Transport medyczny ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z placówki medycznej do placówki medycznej oraz transport powrotny do placówki medycznej (1 transport medyczny wraz z transportem powrotnym do placówki medycznej na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany w sytuacji, gdy placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony , nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej.		1000 zł
7.	Transport na i z wizyty kontrolnej po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
Jeżeli Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu dostosowanego do stanu zdrowia Ubezpieczonego na 1 wizytę kontrolną zalecaną przez lekarza prowadzącego oraz transportu powrotnego, o ile termin wizyty kontrolnej zgodnie z powyższym zaleceniem ma przypadać w ciągu jednego roku po zakończeniu hospitalizacji.		1000 zł
8.	Transport do i z sanatorium po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu autobusowego, kolejowego (biletów 1 klasy) lub taksówką (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) do i z sanatorium w wybranym przez Ubezpieczonego terminie, po jego pobycie w szpitalu w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku, trwającym powyżej 5 dni; świadczenie przysługuje w okresie 1 roku po zakończeniu hospitalizacji.		500 zł
9.	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty bliskiej osoby w razie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zapewnimy:		
a.	zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i ze szpitala, w którym znajduje się Ubezpieczony) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego ; oraz	1000 zł
b.	dla tej osoby zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania w hotelu położonym w tej samej miejscowości co szpital, w którym przebywa Ubezpieczony (jeżeli w tej miejscowości nie ma hotelu, pokryjemy koszt zakwaterowania w najbliższym hotelu).	300 zł
10.	Opieka osoby bliskiej po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zapewnimy:		
a.	zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i z miejsca pobytu Ubezpieczonego) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla 1 osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego ; oraz	1000 zł

b.	dla tej osoby zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania w hotelu położonym w tej samej miejscowości, w której znajduje się Ubezpieczony (jeżeli w tej miejscowości nie ma hotelu, pokryjemy koszt zakwaterowania w najbliższym hotelu).	300 zł
11. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego		
Zorganizujemy i pokryjemy koszty procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie wypadku lub po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu trwającym powyżej 5 dni w następstwie choroby lub zaostrzenia choroby przewlekłej, Ubezpieczony , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; w zależności od wyboru Ubezpieczonego zapewnimy:		
a.	organizację i pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego , albo	2000 zł
b.	organizację i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	2000 zł
12. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego		
Jeżeli w następstwie wypadku lub po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu trwającym powyżej 5 dni w następstwie choroby lub zaostrzenia choroby przewlekłej Ubezpieczony , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu; zapewnimy:		
a.	organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego , dla którego wypożyczono lub zakupiono sprzęt rehabilitacyjny ;	500 zł
b.	pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego .	500 zł
13. Opieka pielęgniarki po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu		
Jeżeli Ubezpieczony w następstwie wypadku, zaostrzenia choroby przewlekłej lub choroby przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku z medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu pobytu Ubezpieczonego przez okres maksymalnie 30 dni.		5000 zł
14. Pomoc domowa po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu		
Jeżeli Ubezpieczony w następstwie wypadku, zaostrzenia choroby przewlekłej lub choroby przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, jeżeli zgodnie z jego oświadczeniem nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości) po zakończeniu hospitalizacji; koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany; usługa świadczona jest maksymalnie przez 30 dni.		5000 zł
15. Dostarczenie do miejsca pobytu książek po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu		
W sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia książek; koszt książek nie jest przez nas pokrywany.		250 zł
II. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU W RAZIE NAGŁEGO ZACHOROWANIA LUB WYPADKU		
Refundacja kosztów za artykuły osobistego użytku		
Jeżeli Ubezpieczony w następstwie nagłego zachorowania lub wypadku był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, zwrócimy koszty następujących artykułów: kapcie, szlafrok, piżama, przybory toaletowe osobistego użytku.		100 zł
III. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU		
1. Wizyta lekarska		
W razie wystąpienia wypadku Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty 1 wizyty lekarskiej dla Ubezpieczonego , o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej , w placówce medycznej lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego .		500 zł
2. Wizyty pielęgniarskie		
W razie wystąpienia wypadku Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego , o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .		2000 zł
3. Pomoc domowa		
W razie wystąpienia wypadku Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości), jeżeli według oświadczenia Ubezpieczonego nie ma on możliwości skorzystania z pomocy domowników; koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany; usługa świadczona jest maksymalnie przez 15 dni.		2000 zł
IV. ŚWIADCZENIA W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH UBEZPIECZONEGO		
Pomoc psychologa		
Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa w razie wystąpienia u Ubezpieczonego następujących trudnych sytuacji losowych:		
a.	śmierć dziecka	500 zł
b.	śmierć matzonka albo partnera, rodzica Ubezpieczonego	
c.	hospitalizacji Ubezpieczonego , matzonka albo partnera, dziecka lub rodzica Ubezpieczonego przez okres dłuższy niż 5 dni lub choroby (zaawansowanego nowotworu, udaru mózgu, zawału serca) Ubezpieczonego , matzonka albo partnera, dziecka lub rodzica Ubezpieczonego .	

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów świadczeń asystan-
ce, będących następstwem **wypadku** lub **choroby**, które powstały
wskutek okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.**
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
 - a) organizacji i pokrycia kosztów świadczeń asystance poza tery-
torium Polski;
 - b) pokrycia kosztów świadczeń, które nie zostały przez nas zorga-
nizowane;
 - c) kosztów leków;
 - d) kosztów powstałych wskutek:
 - leczenia stomatologicznego, bez względu na to czy jest wyko-
nywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-
szczękowego;
 - leczenia sanatoryjnego;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodów
ich wykonania, helioterapii;
 - leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczno-
ści i bezpieczeństwie;
 - e) leczenia, które jest bezpośrednio wynikiem działania energii ją-
drowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromag-
netycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obo-
wiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania
wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - f) **wad wrodzonych**;
 - g) zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez **Ubezpieczonego**
zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych;
 - h) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - i) **chorób przewlekłych**.
6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów świadczeń assi-
stance, których przyczyną było nadwyższenie organizmu na sku-
tek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie,
dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało nega-
tywnymi następstwami zdrowotnymi dla **Ubezpieczonego**.
7. Gdy na skutek **sily wyższej Ubezpieczonego** nie mógł skontaktować
się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń asistan-
ce, o których mowa w tabeli nr 10, zwracamy poniesione i udoku-
mentowane koszty do wysokości limitów wskazanych w tabeli nr 10.
8. Jeżeli świadczenie asystance przekroczy limit kosztów wskazany
w tabeli nr 10, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgo-
dy na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość
świadczenia a określonym limitem.

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM

§ 30. ŚMIERĆ MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego**
dotyczące życia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia
w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci **małżonka** albo
partnera w okresie ochrony wypłacimy **Ubezpieczonemu** świad-
czenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, któ-
ra powstała wskutek:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną
prośbę **małżonka** albo **partnera** dokonanego w ciągu 2 lat od
daty zawarcia **umowy** lub od daty rozszerzenia zakresu **umowy**
o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza);
 - b) czynnego udziału **małżonka** albo **partnera** w **aktach stanu wo-
jennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania **małżonka**
albo **partnera** na terenach objętych **aktami stanu wojennego**
lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem
udziału **małżonka** albo **partnera** w **aktach przemocy**, **aktach**
terroru lub **zamieszkach**.
3. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świad-
czenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, która nastąpiła w okresie
6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadcze-
nia dodatkowego, chyba że śmierć **małżonka** albo **partnera** była
wynikiem **wypadku**.
4. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie rozpoczęcia ochro-
ny** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmia-
ny **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie

wypłacimy świadczenia za śmierć **partnera**, która nastąpiła w okre-
sie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **part-
nera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że
śmierć **partnera** była wynikiem **wypadku**.

§ 31. ŚMIERĆ MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego**
dotyczące życia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia
w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci **małżonka** albo
partnera w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem
12 miesięcy od dnia **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świad-
czenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzi-
my w **polisie**. W **polisie** wskażemy także skumulowaną wysokość
świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **wy-
padku**, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **małżonka** albo
partnera, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, je-
żeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **małżonka** albo **partnera**
powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 57 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na wła-
sną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczy-
talności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na
skutek **wypadku**.

§ 32. ŚMIERĆ MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego**
dotyczące życia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia
w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci **małżonka** albo
partnera w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, która nastą-
pi przed upływem 12 miesięcy od tego **wypadku komunikacyjnego**,
wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubez-
pieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwier-
dzimy w **polisie**. W **polisie** wskażemy także skumulowaną wyso-
kość świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie
wypadku komunikacyjnego, łącznie z wysokością świadczenia
za śmierć **małżonka** albo **partnera** oraz za śmierć **małżonka** albo
partnera w następstwie **wypadku**, o ile zakres **umowy** obejmuje to
świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, je-
żeli **wypadek komunikacyjny** będący przyczyną śmierci **małżonka**
albo **partnera** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 57 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na wła-
sną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczy-
talności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na
skutek **wypadku**.

§ 33. ŚMIERĆ MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego**
dotyczące życia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia
w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci **małżonka** albo
partnera, której przyczyną był **zawał serca** lub **udar mózgu** w okre-
sie ochrony, o ile śmierć **małżonka** albo **partnera** nastąpiła przed
upływem 90 dni od daty wystąpienia **zawału serca** lub **udar móz-
gu**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy**
ubezpieczenia określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzi-
my w **polisie**. W **polisie** wskażemy także skumulowaną wysokość
świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, której przyczyną

był **zawał serca** lub **udar mózgu**, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udaru mózgu**, gdy **zawał serca**, lub **udar mózgu** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 57 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa dokonanej w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy lub od daty rozszerzenia zakresu umowy o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza);
 - c) zatrucia się małżonka albo partnera substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku.
4. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udaru mózgu**, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek:
 - a) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem;
 - b) następujących stanów chorobowych: udaru spowodowanego zatorem tłuszczowym lub zatorem powietrznym, choroby keso-nowej lub urazowego uszkodzenia centralnego układu nerwowego.
5. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udaru mózgu**, która nastąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
6. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udaru mózgu**, która nastąpiła w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**).

§ 34. POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na tym, że w **okresie**

ochrony u **małżonka** albo **partnera** zostanie zdiagnozowana **choroba** lub przeprowadzony zabieg, spośród **chorób** lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych o.w.u. – w części „Zakres optymalny”, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.

2. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z POWAŻNYM ZACHOROWANIEM MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń w życiu **Ubezpieczonego** wymienionych w ust. 1, dotyczących **małżonka** albo **partnera**, **Ubezpieczonemu** należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 11.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń medycznych, wymienionych w tabeli nr 11, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie **małżonka** albo **partnera** w związku z **chorobą** lub przeprowadzeniem zabiegu. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w odniesieniu do 1 zdarzenia ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych wskazanych w tabeli nr 11, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, w odniesieniu do 1 **choroby** lub zabiegu, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia medycznego, wykonanego z tytułu zdarzenia.
6. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg (z niżej wskazanych dostępnych 17 świadczeń medycznych), przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **małżonek** albo **partner** może skorzystać tylko 1 raz na każdą **chorobę** lub zabieg.
7. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako 1 świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na 1 skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego, w związku ze zdiagnozowaniem **choroby** lub przeprowadzeniem zabiegu u **małżonka** albo **partnera**.

Tabela nr 11 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** związane z **poważnym zachorowaniem małżonka** albo **partnera**)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO

Świadczenia medyczne po **poważnym zachorowaniu małżonka** albo **partnera** wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie 10 **świadczeń medycznych na każdą chorobę** lub zabieg z uwzględnieniem **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla danego **świadczenia medycznego**:

I. Konsultacje			Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każdą chorobę lub zabieg
1. Chirurg	6. Kardiolog	11. Hepatolog	
2. Okulista	7. Neurolog	12. Psycholog	
3. Otolaryngolog	8. Pulmonolog		
4. Ortopeda	9. Lekarz rehabilitacji		
5. Ginekolog	10. Neurochirurg		
			5000 zł

II. Diagnostyka laboratoryjna			
13.			
• moc – badanie ogólne	• amylaza	• CRP ilościowo	
• OB	• mocznik	• HBs przeciwciała	
• Morfologia	• TSH	• HCV przeciwciała	800 zł
• APTT	• kreatynina	• IgE całkowite	
• PT	• kwas moczowy	• glukoza	
• fibrynogen	• proteinogram	• ferrytyna	
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity	• lipidogram	
• fosfor nieorganiczny	• próby wątrobowe	• magnez	
III. Badania specjalistyczne			
14. Badania radiologiczne (RTG)			
15. Badania ultrasonograficzne (USG)			
16. Rezonans magnetyczny (1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg)			4400 zł
17. Tomografia komputerowa (1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg)			

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.**
- Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **małżonka** albo **partnera choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 57 tych **o.w.u.**;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
- Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zdiagnozowania u **małżonka** albo **partnera choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**.
- W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zdiagnozowania u **partnera** choroby lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**.
- Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **małżonek** albo **partner** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu.
- W zakresie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia za tą samą **chorobę** lub ten sam zabieg.
- Nie wypłacimy świadczenia za kolejny **zaawansowany nowotwór** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu, jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.
- Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które zgodnie z wiedzą medyczną, wynikają bezpośrednio z **choroby** lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **siły wyższej**.

- Jeżeli świadczenie assistance przekroczy **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 11, wykonamy tę usługę (jeśli mieści się ona w maksymalnym limicie 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg) w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określoną **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 35. LECZENIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na pobycie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia:
 - choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** oraz minimalną długość pobytu w **szpitalu** potwierdzimy w **polisie**.
- Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów w **szpitalu**.
- Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy **wypadek małżonka** albo **partnera**, o którym mowa w ust. 1 lit c) miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na 1 miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a pobyt w **szpitalu małżonka** albo **partnera** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała, będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.
- Jeżeli pobyt **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby**, powikłań związanych z ciężką lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 57 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - c) leczeniem skutków niezastosowania się **małżonka** albo **partnera** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) rehabilitacją, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** dotyczył porodu niezwiązanego z powikłaniami ciąży.
8. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.
9. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że pobyt **partnera** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.
10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **małżonek** albo **partner** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 36. LECZENIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na trwającym nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobycie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu** w **szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu** w **szpitalu** określiliśmy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**. W **polisie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za dzień pobytu **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów w **szpitalu** w następstwie **wypadku**.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy **wypadek** **małżonka** albo **partnera** miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na 1 miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a pobyt w **szpitalu** **małżonka** albo **partnera** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.
4. Jeżeli pobyt **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, który powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 57 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;

- b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **małżonka** albo **partnera** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie odpowiadamy za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną pobytu w **szpitalu** było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **małżonka** albo **partnera**.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **małżonek** albo **partner** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 37. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na wystąpieniu u **małżonka** albo **partnera** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawni się w okresie 180 dni od dnia **wypadku** i został wymieniony w załączniku nr 7 do tych o.w.u., wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. W **umowie** wskażemy wysokość świadczeń za 1% i za 100% **trwałego uszczerbku na zdrowiu**.
3. Za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** **małżonka** albo **partnera**, **Ubezpieczonemu** wypłacimy 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu** **małżonka** albo **partnera**. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** **małżonka** albo **partnera** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 7 do tych o.w.u.
4. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **małżonka** albo **partnera** **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **trwałego uszczerbku na zdrowiu** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 57 ust. 1 lub 3 tych o.w.u.;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. W odniesieniu do:
 - a) urazów **leczonych tylko zachowawczo**, a następnie **leczonych operacyjnie**, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wysokości świadczeń z tytułu urazów **leczonych operacyjnie**;
 - b) **skręceń i zwichnięć** w obrębie tego samego stawu, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 1 **wypadku** w każdym **roku polisowym** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - c) oparzeń mieszanych I/II lub II/III stopnia odpowiadamy za wyższy stopień oparzenia.
7. Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u **małżonka** albo **partnera** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku** nie obejmuje:
 - a) pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic;
 - b) **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, którego przyczyną było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **małżonka** albo **partnera**.
8. W razie wystąpienia kilku **trwałych uszczerbków na zdrowiu** w następstwie jednego **wypadku**, wartości procentowe **trwałych uszczerbków na zdrowiu** podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do wartości 100%.
9. Przy ustalaniu **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku** nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez **małżonka** albo **partnera**.
10. Jeżeli **małżonek** albo **partner** zmarł, a stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** nie został wcześniej określony, to stopień **trwałego**

uszczerbku na zdrowiu określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

§ 38. KOSZTY LECZENIA MAŁŻONKA ALBO PARTNERA PONIESIONE W POLSCE W NASTĘPSTWIE WYPADKU

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do wysokości określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** na każdy **wypadek** – jeśli **Ubezpieczony** poniesie te koszty na terenie Polski w następstwie **wypadku małżonka** albo **partnera**. Do kosztów tych należą:
 - a) honoraria lekarskie;
 - b) koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza;
 - c) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza;
 - d) koszty lekarstw zaleconych przez lekarza;
 - e) koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza;
 - f) koszty transportu medycznego **małżonka** albo **partnera** środkami ratownictwa medycznego, wymaganymi w danych okolicznościach na skutek stanu zdrowia **małżonka** albo **partnera** po **wypadku**;
 - g) koszty zakupu lub wypożyczenia protez, ortez i innych wyrobów medycznych zaleconych przez lekarza;
 - h) koszty zakupu lub wypożyczenia **sprzętu rehabilitacyjnego** zaleconego przez lekarza;
 - i) koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza;
 - j) koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza;
 - k) koszty zdjęć rentgenowskich, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza prowadzącego w procesie leczenia powypadkowego.
2. Wysokość **sumy ubezpieczenia** na 1 **wypadek** potwierdzimy w **polisie**, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.
3. Nasza odpowiedzialność obejmuje tylko te koszty leczenia, które zostały poniesione w okresie 365 dni od daty **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za koszty leczenia **małżonka** albo **partnera** poniesione w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną poniesienia kosztów leczenia nastąpił wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 57 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów poniesionych z tytułu lub w następstwie:
 - a) zabiegów ze wskazań estetycznych, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;

- b) zabiegów lub leczenia nieuznanych w sposób naukowy i medyczny;
 - c) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie **małżonka** albo **partnera**;
 - d) zakupu artykułów żywnościowych;
 - e) wykonywania czynności pielęgnacyjnych względem **małżonka** albo **partnera**;
 - f) pobytów w **sanatoriach** lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc;
 - g) leczenia stomatologicznego, bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego.
6. Nie odpowiadamy za koszty leczenia **małżonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną ich powstania było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **małżonka** albo **partnera**.

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z DZIECKIEM

§ 39. URODZENIE SIĘ DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

URODZENIE SIĘ DZIECKA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego**, którym jest **urodzenie się dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na **urodzeniu się dziecka** w **okresie ochrony**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**.

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO

2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego**, którym jest urodzenie przez **Ubezpieczonego** **dziecka**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na:
 - a) urodzeniu przez **Ubezpieczonego** **dziecka**;
 - b) urodzeniu przez **Ubezpieczonego** **dziecka** z **wadą wrodzoną**;
 - c) zdiagnozowaniu u **Ubezpieczonego** **depresji poporodowej** po urodzeniu przez **Ubezpieczonego** **dziecka**,za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance wymienionych w tabeli nr 12, na zasadach określonych w tej tabeli, przy uwzględnieniu wskazanych w niej limitów dla danego świadczenia na każde zdarzenie.

Tabela nr 12 (świadczenia dla Ubezpieczonego)

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE ZWIĄZANE Z URODZENIEM DZIECKA, WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI, Z UWZGLĘDNIENIEM LIMITÓW DLA DANEGO ŚWIADCZENIA:		Limity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. Urodzenie dziecka przez Ubezpieczonego		
1. Zajęcia z trenerem fitness		500 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zajęć dla Ubezpieczonego z trenerem fitness, świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka przez Ubezpieczonego .		
2. Konsultacje pielęgniarsko-położnicze		3 konsultacje
Zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji pielęgniarskich lub położniczych dla Ubezpieczonego – w placówce medycznej lub w miejscu jego pobytu (w zależności od wyboru Ubezpieczonego), świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka przez Ubezpieczonego .		
II. Urodzenie przez Ubezpieczonego dziecka z wadą wrodzoną		
1. Pomoc domowa		1000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej dla Ubezpieczonego w miejscu jego pobytu przez okres 5 kolejnych dni, w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów; koszt podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków nie jest przez nas pokrywany. Świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia przez Ubezpieczonego dziecka z wadą wrodzoną .		
2. Wizyta pielęgniarki albo położnej		1500 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt pielęgniarki albo położnej (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) w miejscu pobytu Ubezpieczonego przez okres 10 kolejnych dni, świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia przez Ubezpieczonego dziecka z wadą wrodzoną .		
3. Transporty medyczne dziecka z opiekunem prawnym lub wskazaną przez opiekuna prawnego osobą		1500 zł
a) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka, zachodzi medycznie uzasadniona konieczność pobytu dziecka w placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza. b) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka, dziecko przebywa w placówce medycznej, która nie odpowiada, z medycznego punktu widzenia, wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub dziecko skierowane jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej do placówki medycznej. c) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka, dziecko przebywa w placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego do miejsca pobytu. Transporty medyczne przysługują w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego i są organizowane, gdy z medycznego punktu widzenia nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.		
4. Proces rehabilitacyjny dziecka		1000 zł
W przypadku urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego, jeżeli dziecko zgodnie z pisemnym wskazaniem lekarza wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, w zależności od wyboru Ubezpieczonego zapewniamy następujące świadczenia: a) organizację oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu, albo b) organizację i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej. Świadczenia te przysługują w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego.		
5. Pomoc psychologa		1000 zł
W razie urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa dla Ubezpieczonego .		
III. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego depresji poporodowej po urodzeniu dziecka		
1. Zwrot kosztów leków		500 zł
Jeżeli w następstwie zdiagnozowania u Ubezpieczonego depresji poporodowej po urodzeniu dziecka , Ubezpieczony , zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, wymaga przyjmowania leków, zwracamy koszty leków do wysokości wskazanego obok limitu.		
2. Pomoc psychologa		5 konsultacji
W razie zdiagnozowania u Ubezpieczonego depresji poporodowej po urodzeniu dziecka , zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa dla Ubezpieczonego .		

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z JEGO MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego**, którym jest **urodzenie dziecka** przez **małżonkę** albo **partnerkę**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** dotyczącego jego **małżonki** albo **partnerki**, polegającego na:
- urodzeniu dziecka** przez **małżonkę** albo **partnerkę**;
 - urodzeniu dziecka** z **wadą wrodzoną** przez **małżonkę** albo **partnerkę**;
 - zdiagnozowaniu u **małżonki** albo **partnerki** **depresji poporodowej** po **urodzeniu dziecka** przez **małżonkę** albo **partnerkę**,

Ubezpieczonemu należyne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 13.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń assistance, wymienionych w tabeli nr 13. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń, o których mowa w ust. 3, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, wskazanych w tabeli nr 13. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do 1 zdarzenia, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia assistance, wykonanego z tytułu zdarzenia.

Tabela nr 13 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** związane z jego **małżonką** albo **partnerką**)

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE ZWIĄZANE Z URODZENIEM DZIECKA, WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI, Z UWZGLĘDNIENIEM SUM UBEZPIECZENIA ASSISTANCE DLA DANEGO ŚWIADCZENIA:		Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. Urodzenie dziecka przez małżonkę albo partnerkę		
1. Zajęcia z trenerem fitness		500 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zajęć dla małżonki albo partnerki z trenerem fitness, świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka przez małżonkę albo partnerkę.		
2. Konsultacje pielęgniarsko-położnicze		750 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji pielęgniarskich lub położniczych dla małżonki albo partnerki – w placówce medycznej lub w miejscu jej pobytu (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) do wysokości wskazanego obok limitu (nie więcej jednak niż 3 konsultacji), świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka przez małżonkę albo partnerkę.		
II. Urodzenie dziecka z wadą wrodzoną przez małżonkę albo partnerkę		
1. Pomoc domowa		1000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej dla małżonki albo partnerki, w miejscu jej pobytu przez okres 5 kolejnych dni, w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów; koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany. Świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonkę albo partnerkę.		
2. Wizyta pielęgniarki albo położnej		1500 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt pielęgniarki albo położnej w miejscu pobytu małżonki albo partnerki przez okres 10 kolejnych dni, świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonkę albo partnerkę.		
3. Pomoc psychologa		1000 zł
W razie urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonkę albo partnerkę, zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa dla małżonki albo partnerki.		
4. Transporty medyczne dziecka z opiekunem prawnym lub wskazaną przez opiekuna prawnego osobą		1500 zł
a) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka, zachodzi medycznie uzasadniona konieczność pobytu dziecka w placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza.		
b) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka, dziecko przebywa w placówce medycznej, która nie odpowiada, z medycznego punktu widzenia, wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub dziecko skierowane jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej do placówki medycznej.		
c) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka, dziecko przebywa w placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego do miejsca pobytu. Transporty medyczne przysługują w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonkę albo partnerkę i są organizowane, gdy z medycznego punktu widzenia nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.		
5. Proces rehabilitacyjny dziecka		1000 zł
W przypadku urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonkę albo partnerkę, jeżeli dziecko zgodnie z pisemnym wskazaniem lekarza wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, w zależności od wyboru Ubezpieczonego zapewniamy następujące świadczenia:		
a) zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizyoterapeuty w miejscu pobytu, albo b) zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej. Świadczenia te przysługują w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonkę albo partnerkę.		

III. Zdiagnozowanie u matżonki albo partnerki depresji poporodowej po urodzeniu dziecka		
1. Zwrot kosztów leków		
Jeżeli w następstwie zdiagnozowania u matżonki albo partnerki depresji poporodowej po urodzeniu dziecka , matżonka lub partnerka , zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, wymaga przyjmowania leków, zwracamy koszty leków do wysokości wskazanego obok limitu.		500 zł
2. Pomoc psychologa		
W razie zdiagnozowania u matżonki albo partnerki depresji poporodowej po urodzeniu dziecka , zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt w psychologa dla matżonki albo partnerki do wysokości wskazanego obok limitu (nie więcej jednak niż 5 konsultacji).		2750 zł

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za **urodzenie się dziecka** w okresie 9 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
6. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy kwotowy limit kosztów wskazany w tabeli nr 12 lub **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 13, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem lub **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 40. URODZENIE SIĘ DZIECKA Z NISKĄ OCENĄ W SKALI APGAR

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zajścia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na **urodzeniu się dziecka z niską oceną w skali Apgar**, które po ostatniej wstępnej ocenie stanu dziecka przeprowadzanej po porodzie otrzymało:

- a) 5-7 pkt w skali Apgar – wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości 50% kwoty wskazanej w lit. b) poniżej;
- b) 1-4 pkt w skali Apgar – wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** i potwierdzonej w **polisie**.

§ 41. ZDIAGNOWANIE U DZIECKA WADY WRODZONEJ

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na zdiagnozowaniu przez **dziecko** 6 roku życia, **wady wrodzonej** wymienionej w załączniku nr 8 do tych o.w.u., wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia zostanie ustalona w ten sposób, że za **wady wrodzone**:
 - a) z kategorii A – wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości 40% kwoty określonej w lit. b) poniżej;
 - b) z kategorii B – wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** i potwierdzonej w **polisie**.
3. Świadczenie wypłacimy w wysokości obowiązującej w dniu:
 - a) diagnozy **wady wrodzonej dziecka** – w przypadku, w którym diagnoza **wady wrodzonej** miała miejsce po dniu urodzenia **dziecka**,
 - b) urodzenia **dziecka** – w przypadku, w którym diagnoza **wady wrodzonej** miała miejsce w dniu urodzenia **dziecka** lub przed tym dniem.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowanie u **dziecka wady wrodzonej**, jeżeli **wada wrodzona** powstała na skutek:
 - a) nieprzestrzegania przez matkę biologiczną w okresie ciąży zaleceń lekarza;
 - b) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - c) zarażenia **dziecka** w okresie zarodkowym lub płodowym wirusem HIV.
5. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowanie u **dziecka wady wrodzonej**, jeżeli **wada wrodzona** została zdiagnozowana

u **dziecka** przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

6. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowanie u **dziecka wady wrodzonej**, jeżeli **dziecko** urodziło się martwe.
7. W razie zdiagnozowania u tego samego **dziecka** kilku **wad wrodzonych** w okresie do 30 dni od urodzenia, wypłacimy 1 świadczenie. Jeżeli są to **wady wrodzone** z różnych kategorii, wypłacane jest świadczenie o wyższej wartości świadczenia.

§ 42. PORONIENIE ALBO URODZENIE SIĘ MARTWEGO DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego**, którym jest **poronienie** albo **urodzenie się martwego dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na **poronieniu** albo **urodzeniu się martwego dziecka** w **okresie ochrony**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.
2. W przypadku urodzenia się więcej niż jednego martwego **dziecka**, świadczenie wypłacimy odrębnie za każde **urodzone martwe dziecko**, z zastrzeżeniem ust. 4.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu **poronienia** albo **urodzenia się martwego dziecka**, jeśli **Ubezpieczony** umyślnie spowodował **poronienie** albo **urodzenie się martwego dziecka**.
4. W przypadku **poronienia** w ciąży mnogiej wypłacimy 1 świadczenie, niezależnie od liczby poronionych płodów.

§ 43. ŚMIERĆ DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące życia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci w **okresie ochrony** żywo urodzonego **dziecka**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **dziecka**, która powstała wskutek:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **dziecka** dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia **umowy** lub od daty rozszerzenia zakresu **umowy** o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza);
 - b) czynnego udziału **dziecka** w **aktach stanu wojennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania **dziecka** na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **dziecka** w **aktach przemocy, aktach terroru** lub **zamieszkach**.
3. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **dziecka**, która nastąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **dziecka** była wynikiem **wypadku**.

§ 44. ŚMIERĆ DZIECKA W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące życia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci żywo urodzonego

dziecka w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**. W **polisie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za śmierci żywo urodzonego **dziecka** w następstwie **wypadku**, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **dziecka**, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **dziecka**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **dziecka** powstał wskutek okoliczności wskazanych w § 58 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**

§ 45. POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** w **okresie ochrony** polegającego na tym, że u **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, zostanie zdiagnozowana **choroba** lub przeprowadzony zabieg, spośród **chorób** lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.** – w części „Poważne zachorowanie dziecka”, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

ŚWIADCZENIA MEDYCZNE DLA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z POWAŻNYM ZACHOROWANIEM DZIECKA, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń w życiu **Ubezpieczonego**, wymienionych w ust. 1., dotyczących **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, **Ubezpieczonemu** należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 14.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń medycznych, wymienionych w tabeli nr 14, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia w związku z **chorobą** lub przeprowadzeniem zabiegu. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w odniesieniu do 1 zdarzenia ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, wskazanych w tabeli nr 14, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, w odniesieniu do 1 **choroby** lub zabiegu, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia medycznego, wykonanego z tytułu zdarzenia.
6. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg (z niżej wskazanych dostępnych 17 świadczeń medycznych), przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, może skorzystać tylko 1 raz na każdą **chorobę** lub zabieg.
7. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako 1 świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na 1 skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, w związku ze zdiagnozowaniem **choroby** lub przeprowadzeniem zabiegu.

Tabela nr 14 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** związane z **poważnym zachorowaniem dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO			
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia, wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg z uwzględnieniem Sum Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia medycznego:			Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każdą chorobę lub zabieg
I. Konsultacje			5000 zł
1. Chirurg	6. Kardiolog	11. Hepatolog	
2. Okulista	7. Neurolog	12. Psycholog	
3. Otolaryngolog	8. Pulmonolog		
4. Ortopeda	9. Lekarz rehabilitacji		
5. Ginekolog	10. Neurochirurg		
II. Diagnostyka laboratoryjna			800 zł
13.			
• moc – badanie ogólne	• amylaza	• CRP ilościowo	
• OB	• mocznik	• HBs przeciwciała	
• morfologia	• TSH	• HCV przeciwciała	
• APTT	• kreatynina	• IgE całkowite	
• PT	• kwas moczowy	• glukoza	
• fibrynogen	• proteinogram	• ferrytyna	
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity	• lipidogram	
• fosfor nieorganiczny	• próby wątrobowe	• magnez	

III. Badania specjalistyczne

14. Badania radiologiczne (RTG)

15. Badania ultrasonograficzne (USG)

16. Rezonans magnetyczny

(1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg)

4400 zł

17. Tomografia komputerowa

(1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg)

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.**
9. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 58 tych **o.w.u.**;
 - b) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - c) **wad wrodzonych**.
10. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że w przypadku zdiagnozowania u **dziecka choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, odpowiadamy wyłącznie za **choroby** lub zabiegi będące wynikiem **wypadku**.
11. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **dziecko**, które nie ukończyło 25 roku życia, zmarło w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu.
12. W zakresie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia za tą samą **chorobę** lub ten sam zabieg.
13. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym, lub takim samym umiejscowieniu, jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które, zgodnie z wiedzą medyczną, wynikają bezpośrednio z **choroby** lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
14. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **siły wyższej**.
15. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 14, wykonamy tę usługę (jeśli mieści się ona w maksymalnym limicie 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg) w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określony **Sumę Ubezpieczenia Assistance**.

§ 46. LECZENIE DZIECKA W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na rozpoczętym w **okresie ochrony** pobycie **dziecka w szpitalu**, które w pierwszym dniu pobytu w **szpitalu** nie ukończyło 25 roku życia, w celu leczenia:
 - a) **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - b) powikłań związanych z ciążą, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - c) doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu **dziecka w szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów **dziecka w szpitalu**.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy **wypadek dziecka**, o którym mowa w ust. 1 lit c) miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na miesiąc przed **datą**

rozpoczęcia ochrony w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, a pobyt w **szpitalu dziecka** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.

4. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** oraz minimalną długość pobytu w **szpitalu** potwierdzimy w **polisie**.
5. Jeżeli pobyt **dziecka w szpitalu** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **dziecka w szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka w szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, powikłań związanych z ciążą lub **choroby**, które powstały wskutek okoliczności wskazanych w § 58 tych **o.w.u.**
7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka w szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - c) leczeniem skutków niezastosowania się **dziecka** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) rehabilitacją, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
8. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka w szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** dotyczył porodu niezwiązanego z powikłaniami ciąży.
9. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **dziecka w szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **dziecka w szpitalu** był wynikiem **wypadku**.
10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **dziecko** przebywało na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 47. LECZENIE DZIECKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na trwającym nieprzerwanie co najmniej 1 dzień i rozpoczętym w **okresie ochrony** pobycie **dziecka w szpitalu**, które w pierwszym dniu pobytu w **szpitalu** nie ukończyło 25 lat, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**. W **polisie** wskażemy także skumulowaną wysokość świadczenia za dzień pobytu w **szpitalu** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **dziecka w szpitalu**, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu **dziecka w szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów **dziecka w szpitalu** w następstwie **wypadku**.
3. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie także wtedy, gdy **wypadek dziecka** miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego,

a pobyt w **szpitalu dziecka** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.

- Jeżeli pobyt **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, który powstał wskutek okoliczności wskazanych w § 58 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
- Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:
 - przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - leczenie skutków niezastosowania się **dziecka** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
- Nie odpowiadamy za leczenie **dziecka** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną pobytu w **szpitalu** było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **dziecka**.
- Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **dziecko** przebywało na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 48. USZCZERBEK NA ZDROWIU DZIECKA W NASTĘPSTWIE WYPADKU LUB POGRYZIENIE DZIECKA PRZEZ PSA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na wystąpieniu u **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, wymienionego w załączniku nr 9 do tych **o.w.u.** **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, w następstwie **wypadku**, który to uszczerbek ujawnił się w okresie 180 dni od dnia **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
- W **umowie** wskażemy wysokość świadczeń za 1% i 100% **uszczerbku na zdrowiu dziecka**.
- Za każdy 1% **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **uszczerbku na zdrowiu dziecka**. Wysokość **uszczerbku na zdrowiu dziecka** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 9 do tych **o.w.u.**
- W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na pogryzieniu **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, przez psa, dodatkowo wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości 400 zł, jeżeli w wyniku pogryzienia przez psa powstały u **dziecka** rany.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za **uszczerbek na zdrowiu dziecka** w następstwie **wypadku** lub pogryzienia **dziecka** przez psa, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **uszczerbku na zdrowiu dziecka** lub pogryzienia **dziecka** przez psa, powstały wskutek okoliczności wskazanych w § 58 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
- Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia **uszczerbku na zdrowiu dziecka** w następstwie **wypadku** lub pogryzienia **dziecka** przez psa nie obejmuje:
 - pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwicy;
 - uszczerbku na zdrowiu dziecka**, którego przyczyną było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **dziecka**.
- W razie wystąpienia kilku **uszczerbków na zdrowiu dziecka** w następstwie 1 **wypadku**, wskazane w tabeli stanowiącej załącznik nr 9 do tych **o.w.u.**, wartości procentowe **uszczerbku na zdrowiu dziecka** podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do 100%, z zastrzeżeniem postanowień ustępów 8–9.
- Wartości procentowe **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, ocenione według tabeli stanowiącej załącznik nr 9 do tych **o.w.u.**, za amputację i złamanie w obrębie tego samego narządu nie podlegają sumowaniu. Nasza odpowiedzialność jest wówczas ograniczona do tego z doznanych przez **dziecko uszczerbków na zdrowiu dziecka**, któremu przypisana jest najwyższa wartość procentowa.

9. Wartości procentowe **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, ocenione według tabeli stanowiącej załącznik nr 9 do tych **o.w.u.**, za uraz narządu ruchu powodujący **unieruchomienie** przez co najmniej 7 dni i złamanie w obrębie tego samego narządu nie podlegają sumowaniu. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest wówczas do tego z doznanych **uszczerbków na zdrowiu dziecka**, któremu zgodnie z tabelą stanowiącą załącznik nr 9 do tych **o.w.u.**, przypisana jest najwyższa wartość procentowa.

- Procent **uszczerbku na zdrowiu dziecka** oceniony według tabeli stanowiącej załącznik nr 9 do tych **o.w.u.** za ranę miażdżoną (tj. charakteryzującą się zmiażdżeniem brzegów rany i tkanki podskórnej) nie podlega sumowaniu z innymi pozycjami dotyczącymi tego samego narządu. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest wówczas do tego z doznanych **uszczerbków na zdrowiu dziecka**, któremu zgodnie z tabelą stanowiącą załącznik nr 9 do tych **o.w.u.** przypisana jest najwyższa wartość procentowa.
- W odniesieniu do nawykowych zwichnięć narządu ruchu powodujących **unieruchomienie** przez co najmniej 7 dni nasza odpowiedzialność ograniczona jest do jednego urazu tego samego narządu w każdym roku polisowym w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
- Przy orzekaniu **uszczerbku na zdrowiu dziecka** nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez **dziecko**.
- Jeżeli **dziecko** zmarło, a stopień **uszczerbku na zdrowiu** nie został wcześniej określony, to stopień **uszczerbku na zdrowiu** określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

§ 49. KOSZTY LECZENIA DZIECKA PONIESIONE W POLSCE W NASTĘPSTWIE WYPADKU

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące zdrowia **dziecka**. Wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do wysokości określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** na każdy **wypadek** – jeśli **Ubezpieczony** poniesie te koszty na terenie Polski w następstwie **wypadku dziecka**, które w dniu **wypadku** nie ukończyło 25 roku życia. Do kosztów tych należą:
 - honoraria lekarskie;
 - koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza;
 - koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza;
 - koszty lekarstw zaleconych przez lekarza;
 - koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza;
 - koszty transportu medycznego **dziecka** środkami ratownictwa medycznego, wymaganymi w danych okolicznościach na skutek stanu zdrowia **dziecka** po **wypadku**;
 - koszty zakupu lub wypożyczenia protez, ortez i innych wyrobów medycznych zaleconych przez lekarza;
 - koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego zaleconego przez lekarza;
 - koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza;
 - koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza;
 - koszty zdjęć rentgenowskich, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza prowadzącego w procesie leczenia powypadkowego.
- Wysokość **sumy ubezpieczenia** na 1 **wypadek** potwierdzimy w **polisie**.
- Nasza odpowiedzialność obejmuje tylko te koszty leczenia, które zostały poniesione w okresie 365 dni od daty **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za koszty leczenia **dziecka** poniesione w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną poniesienia kosztów leczenia nastąpił wskutek okoliczności wskazanych w § 58 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
- Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów poniesionych z tytułu lub w następstwie:
 - zabiegów ze wskazań estetycznych, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - zabiegów lub leczenia nieuznanych w sposób naukowy i medyczny;
 - niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie **dziecka**;
 - zakupu artykułów żywnościowych;
 - wykonywania czynności pielęgnacyjnych względem **dziecka**;

- f) pobytów w **sanatoriach** lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc;
 - g) leczenia stomatologicznego, bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego.
6. Nie odpowiadamy za koszty leczenia **dziecka** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną ich poniesienia było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **dziecka**.

§ 50. OSIEROCENIE DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego** w okresie ochrony skutkującej osieroceniem **dziecka**, wypłacimy na rzecz każdego osieroconego **dziecka**, które w dniu śmierci **Ubezpieczonego** nie ukończyło 25 roku życia albo było **całkowicie niezdolne do pracy** (bez względu na wiek **dziecka**), świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Świadczenie może być wypłacone, w zależności od postanowień **umowy**, w formie jednorazowej lub w formie **renty** płatnej przez okres 60 miesięcy od śmierci **Ubezpieczonego**. Świadczenie w formie **renty** wypłacimy za miesięczne okresy liczone od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła śmierć **Ubezpieczonego**.
3. Wysokość i formę wypłaty świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** skutkującą osieroceniem **dziecka**, jeżeli śmierć **Ubezpieczonego** nastąpi w wyniku:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę, dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia **umowy** lub od daty rozszerzenia zakresu **umowy** o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza);
 - b) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w **aktach stanu wojennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania **Ubezpieczonego** na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy**, **aktach terroru** lub **zamieszkach**.
5. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** skutkującą osieroceniem **dziecka**, **dziecku** które umyślnie przyczyniło się do śmierci **Ubezpieczonego**.

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z RODZĘNSTWEM UBEZPIECZONEGO

§ 51. ŚMIERĆ RODZĘNSTWA RODZONEGO LUB PRZYRODNIEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące życia **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 59 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z RODZICEM UBEZPIECZONEGO LUB RODZICEM MAŁŻONKA ALBO RODZICEM PARTNERA

§ 52. ŚMIERĆ RODZICA UBEZPIECZONEGO LUB ŚMIERĆ RODZICA MAŁŻONKA ALBO RODZICA PARTNERA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące życia **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierci **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w okresie ochrony, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierć **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera**, która powstała wskutek:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia **umowy** lub od daty rozszerzenia zakresu **umowy** o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza);
 - b) czynnego udziału **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w **aktach stanu wojennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w **aktach przemocy**, **aktach terroru** lub **zamieszkach**.
3. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera**, która nastąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** była wynikiem **wypadku**.
4. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **rodzica partnera**, która nastąpiła w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że śmierć **rodzica partnera** była wynikiem **wypadku**.
5. Nasza odpowiedzialność względem **Ubezpieczonego** ograniczona jest do wypłaty 4 świadczeń. Wypłata czwartego świadczenia powoduje rozwiązanie **umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego ze skutkiem na dzień zajścia ostatniego zdarzenia objętego ochroną w ramach tego świadczenia dodatkowego.

§ 53. ŚMIERĆ RODZICA UBEZPIECZONEGO LUB ŚMIERĆ RODZICA MAŁŻONKA ALBO RODZICA PARTNERA W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące życia **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na śmierci **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierci **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie** łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierć **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera**, o ile zakres **umowy** obejmuje to świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierć **rodzica Ubezpieczonego** albo **rodzica partnera**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierci **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** powstał wskutek okoliczności wskazanych w § 60 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
3. Nasza odpowiedzialność względem **Ubezpieczonego** ograniczona jest do wypłaty 4 świadczeń. Wypłata czwartego świadczenia powoduje rozwiązanie **umowy** w zakresie tego świadczenia

dotatkowego ze skutkiem na dzień zajścia ostatniego zdarzenia objętego ochroną w ramach tego świadczenia dodatkowego.

§ 54. ŚWIADCZENIA ASSISTANCE ZWIĄZANE Z RODZICEM UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące **rodzica Ubezpieczonego**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń w życiu **Ubezpieczonego**, wymienionych w tabeli nr 15, dotyczących **rodzica Ubezpieczonego**, **Ubezpieczonemu** należyne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 15.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń assistance, wymienionych w tabeli nr 15. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń, o których mowa w ust. 1, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, wskazanych w tabeli nr 15. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do 1 zdarzenia, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia assistance, wykonanego z tytułu zdarzenia.

3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 realizowane są na terytorium Polski.

Tabela nr 15 (świadczenia assistance dla Ubezpieczonego związane z jego rodzicem)

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI:		Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. UDZIELENIE POMOCY RODZICOWI UBEZPIECZONEGO W RAZIE CHOROBY, ZAOSTRZENIA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ LUB WYPADKU		
1.	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza; koszt leków nie jest przez nas pokrywany.		250 zł
2.	Dostarczenie do miejsca pobytu posiłków po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia posiłków; koszt posiłków nie jest przez nas pokrywany.		250 zł
3.	Pomoc w opłaceniu rachunków po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty zorganizowania pomocy w opłaceniu rachunków, których termin płatności przypada w okresie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub w okresie 1 miesiąca po dniu wypisu Ubezpieczonego ze szpitala ; świadczenie przysługuje w odniesieniu do 2 hospitalizacji rozpoczętych w danym roku polisowym ; koszt rachunków nie jest przez nas pokrywany.		250 zł
4.	Transport medyczny ze wskazaną przez rodzica Ubezpieczonego osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej (1 transport medyczny na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego w sytuacji, gdy w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku wymagany jest pobyt rodzica Ubezpieczonego w placówce medycznej; transport medyczny jest organizowany, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .		1000 zł
5.	Transport medyczny ze wskazaną przez rodzica Ubezpieczonego osobą z placówki medycznej do miejsca pobytu (1 transport medyczny na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany w sytuacji, gdy w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku rodzic Ubezpieczonego przebywa w placówce medycznej.		1000 zł
6.	Transport medyczny ze wskazaną przez rodzica Ubezpieczonego osobą z placówki medycznej do placówki medycznej oraz transport powrotny do placówki medycznej (1 transport medyczny wraz z transportem powrotnym do placówki medycznej na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany w sytuacji, gdy placówka medyczna, w której przebywa rodzic Ubezpieczonego , nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy rodzic Ubezpieczonego skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej.		1000 zł
7.	Transport na i z wizyty kontrolnej po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
Jeżeli rodzic Ubezpieczonego przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu dostosowanego do stanu zdrowia rodzica Ubezpieczonego na 1 wizytę kontrolną zalecaną przez lekarza prowadzącego oraz transportu powrotnego, o ile termin wizyty kontrolnej zgodnie z powyższym zaleceniem ma przypadać w ciągu jednego roku po zakończeniu hospitalizacji.		1000 zł
8.	Transport do i z sanatorium po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu autobusowego, kolejowego (biletów 1 klasy) lub taksówką (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) do i z sanatorium w wybranym przez rodzica Ubezpieczonego terminie, po jego pobycie w szpitalu w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku , trwającym powyżej 5 dni; świadczenie przysługuje w okresie jednego roku po zakończeniu hospitalizacji.		500 zł
9.	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty bliskiej osoby w razie pobytu rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zapewnimy:		
a.	zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i ze szpitala , w którym znajduje się rodzic Ubezpieczonego) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla 1 osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego ; oraz	1000 zł

b.	dla tej osoby zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania w hotelu położonym w tej samej miejscowości co szpital , w którym przebywa rodzic Ubezpieczonego (jeżeli w tej miejscowości nie ma hotelu, pokryjemy koszt zakwaterowania w najbliższym hotelu).	300 zł
10.	Opieka osoby bliskiej po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji gdy rodzic Ubezpieczonego przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zapewnimy:		
a.	zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i z miejsca pobytu rodzica Ubezpieczonego) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego ; oraz	1000 zł
b.	dla tej osoby zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania w hotelu położonym w tej samej miejscowości, w której znajduje się rodzic Ubezpieczonego (jeżeli w tej miejscowości nie ma hotelu, pokryjemy koszt zakwaterowania w najbliższym hotelu).	300 zł
11.	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie wypadku lub po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu trwającym powyżej 5 dni w następstwie choroby lub zaostrzenia choroby przewlekłej rodzic Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; w zależności od wyboru Ubezpieczonego zapewnimy 1 z poniższych świadczeń (skorzystanie z jednego z nich wyklucza skorzystanie z drugiego):		
a.	organizację i pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu rodzica Ubezpieczonego , albo	2000 zł
b.	organizację i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	2000 zł
12.	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	
Jeżeli w następstwie wypadku lub po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu trwającym powyżej 5 dni w następstwie choroby lub zaostrzenia choroby przewlekłej rodzic Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu; zapewnimy:		
a.	organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu rodzica Ubezpieczonego , dla którego wypożyczono lub zakupiono sprzęt rehabilitacyjny ;	500 zł
b.	pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego .	500 zł
13.	Opieka pielęgniarki po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
Jeżeli rodzic Ubezpieczonego w następstwie wypadku , zaostrzenia choroby przewlekłej lub choroby przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku z medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu pobytu rodzica Ubezpieczonego przez okres maksymalnie 30 dni.		5000 zł
14.	Pomoc domowa po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
Jeżeli rodzic Ubezpieczonego w następstwie wypadku , zaostrzenia choroby przewlekłej lub choroby przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, jeżeli zgodnie z oświadczeniem nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości) po zakończeniu hospitalizacji; koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany; usługa świadczona jest maksymalnie przez 30 dni.		5000 zł
15.	Dostarczenie do miejsca pobytu książek po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego w następstwie choroby , zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia książek; koszt książek nie jest przez nas pokrywany.		250 zł
II. UDZIELENIE POMOCY RODZICOWI UBEZPIECZONEGO W RAZIE NAGŁEGO ZACHOROWANIA LUB WYPADKU		
Refundacja kosztów za artykuły osobistego użytku		
Jeżeli rodzic Ubezpieczonego w następstwie nagłego zachorowania lub wypadku był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, zwrócimy koszty następujących artykułów: kapcie, szlafrok, piżama, przybory toaletowe osobistego użytku.		100 zł
III. UDZIELENIE POMOCY RODZICOWI UBEZPIECZONEGO W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU		
1.	Wizyta lekarska	
W razie wystąpienia wypadku rodzica Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty 1 wizyty lekarskiej dla rodzica Ubezpieczonego , o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej , w placówce medycznej lub w miejscu pobytu rodzica Ubezpieczonego .		500 zł
2.	Wizyty pielęgniarskie	
W razie wystąpienia wypadku rodzica Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu rodzica Ubezpieczonego , o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .		2000 zł
3.	Pomoc domowa	
W razie wystąpienia wypadku rodzica Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości), jeżeli według oświadczenia Ubezpieczonego , rodzic Ubezpieczonego nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany; usługa świadczona jest maksymalnie przez 15 dni.		2000 zł

IV. ŚWIADCZENIA W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH RODZICA UBEZPIECZONEGO		
Pomoc psychologa		
Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa w razie wystąpienia u rodzica Ubezpieczonego następujących trudnych sytuacji losowych:		
a.	śmierć dziecka rodzica Ubezpieczonego	
b.	śmierć małżonka albo partnera rodzica Ubezpieczonego , rodzica rodzica Ubezpieczonego	500 zł
c.	hospitalizacji rodzica Ubezpieczonego , małżonka albo partnera rodzica Ubezpieczonego , dziecka rodzica Ubezpieczonego , rodzica rodzica Ubezpieczonego przez okres dłuższy niż 5 dni lub choroby (zaawansowanego nowotworu, udaru mózgu, zawodu serca) rodzica Ubezpieczonego , małżonka albo partnera rodzica Ubezpieczonego , dziecka rodzica Ubezpieczonego , rodzica rodzica Ubezpieczonego	

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów świadczeń asystan-
ce, będących następstwem **wypadku** lub **choroby**, które powstały
wskutek okoliczności wskazanych w § 60 tych **o.w.u.**
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
 - a) organizacji i pokrycia kosztów świadczeń asystan-
ce poza tery-
torium Polski;
 - b) pokrycia kosztów świadczeń, które nie zostały przez nas zorga-
nizowane;
 - c) kosztów leków;
 - d) kosztów powstałych wskutek:
 - leczenia stomatologicznego, bez względu na to czy jest wy-
konywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzo-
wo-szczękowego;
 - leczenia sanatoryjnego;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powo-
dów ich wykonania, helioterapii;
 - leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczno-
ści i bezpieczeństwie;
 - e) leczenia, które jest bezpośrednio wynikiem działania energii ją-
drowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromag-
netycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obo-
wiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania
wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - f) **wad wrodzonych**;
 - g) zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez **rodzica Ubezpieczonego** zakazów i regulacji rządowych, w tym wymo-
gów wizowych;
 - h) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - i) **chorób przewlekłych**.
6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów świadczeń assi-
stance, których przyczyną było nadwyższenie organizmu na sku-
tek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie,
dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało nega-
tywnymi następstwami zdrowotnymi dla **rodzica Ubezpieczonego**.
7. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym** w zakresie
tego świadczenia dodatkowego ograniczona jest do **2 rodziców Ubezpieczonego**, którzy jako pierwsi skorzystali ze świadczeń assi-
stance w danym **roku polisowym**.
8. Gdy na skutek **sily wyższej Ubezpieczonego** nie mógł skontaktować
się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń assi-
stance, o których mowa w tabeli nr 15, zwracamy poniesione i udoku-
mentowane koszty do wysokości limitów wskazanych w tabeli nr 15.
9. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 15, wykonamy tę usługę w przy-
padku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami fak-
tycznymi za całość świadczenia a określoną **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na tym, że
w **okresie ochrony** u **rodzica Ubezpieczonego** zostanie zdiagno-
zowana **choroba** lub przeprowadzony zabieg, spośród **chorób** lub
zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.** – w czę-
ści „Poważne zachorowanie rodzica”, wypłacimy **Ubezpieczonemu**
świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umo-
wie**.

2. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z POWAŻNYM ZACHOROWANIEM RODZICA UBEZPIECZONEGO

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego**
dotyczące zdrowia **rodzica Ubezpieczonego**. W przypadku za-
istnienia w **okresie ochrony** zdarzeń w życiu **Ubezpieczonego**,
wymienionych w ust. 1, dotyczących **rodzica Ubezpieczonego**,
Ubezpieczonemu należne jest świadczenie w postaci umówionej
sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzysta-
nia na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 16.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizujemy wyłączenie po-
przez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyj-
nemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego**
świadczeń medycznych, wymienionych w tabeli nr 16, o ile zosta-
ły one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie **ro-
dzica Ubezpieczonego** w związku z **chorobą** lub przeprowadze-
niem zabiegu. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu**
w odniesieniu do 1 zdarzenia ograniczone jest do wysokości **Sum**
Ubezpieczenia Assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń
medycznych, wskazanych w tabeli nr 16, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów
świadczeń medycznych, w odniesieniu do 1 **choroby** lub zabiegu,
każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość dane-
go świadczenia medycznego, wykonanego z tytułu zdarzenia.
6. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycz-
nych na każdą **chorobę** lub zabieg (z niżej wskazanych dostępnych
17 świadczeń medycznych), przy czym z badania tomografii kompu-
terowej i rezonansu magnetycznego **rodzic Ubezpieczonego** może
skorzystać tylko 1 raz na każdą chorobę lub zabieg.
7. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako
1 świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycz-
nych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wyko-
nania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza
prowadzącego leczenie **rodzica Ubezpieczonego**, w związku ze
zdiagnozowaniem **choroby** lub przeprowadzeniem zabiegu.

§ 55. POWAŻNE ZACHOROWANIE RODZICA UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

POWAŻNE ZACHOROWANIE RODZICA UBEZPIECZONEGO

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego**
dotyczące zdrowia **rodzica Ubezpieczonego**. W przypadku

Tabela nr 16 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** związane z **poważnym zachorowaniem rodzica Ubezpieczonego**)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO			
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu rodzica Ubezpieczonego wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg z uwzględnieniem Sum Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia medycznego:			Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każdą chorobę lub zabieg
I. Konsultacje			
1. Chirurg	6. Kardiolog	11. Hepatolog	5000 zł
2. Okulista	7. Neurolog	12. Psycholog	
3. Otolaryngolog	8. Pulmonolog		
4. Ortopeda	9. Lekarz rehabilitacji		
5. Ginekolog	10. Neurochirurg		
II. Diagnostyka laboratoryjna			
13.			
• mocznik – badanie ogólne	• amylaza	• CRP ilościowe	800 zł
• OB	• mocznik	• HBs przeciwciała	
• morfologia	• TSH	• HCV przeciwciała	
• APTT	• kreatynina	• IgE całkowite	
• PT	• kwas moczowy	• glukoza	
• fibrynogen	• proteinogram	• ferrytyna	
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity	• lipidogram	
• fosfor nieorganiczny	• próby wątrobowe	• magnez	
III. Badania specjalistyczne			
14. Badania radiologiczne (RTG)			
15. Badania ultrasonograficzne (USG)			
16. Rezonans magnetyczny (1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg)			4400 zł
17. Tomografia komputerowa (1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg)			

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.**
- Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych assistance za zdiagnozowanie u **rodzica Ubezpieczonego** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 60 tych **o.w.u.**;
 - zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
- Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że w przypadku zdiagnozowania u **rodzica Ubezpieczonego choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, odpowiadamy wyłącznie za **choroby** lub zabiegi będące wynikiem **wypadku**.
- Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **rodzic Ubezpieczonego** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu.

- W zakresie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia za tą samą **chorobę** lub ten sam zabieg.
- Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które zgodnie z wiedzą medyczną, wynikają bezpośrednio z **choroby** lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **sily wyższej**.
- Jeżeli świadczenie assistance przekroczy **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 16, wykonamy tę usługę (jeśli mieści się ona w maksymalnym limicie 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg) w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określoną **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

OGÓLNE WYŁĄCZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 56. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z UBEZPIECZONYM

1. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłać do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - a) **działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **Ubezpieczonego** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
 - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem **wypadków**, w których **Ubezpieczony** był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**;
 - d) popełnienia przez **Ubezpieczonego** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - e) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania **Ubezpieczonego** na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**;
 - f) **wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego** lub udziału **Ubezpieczonego** w **zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia**;
 - g) wykonywania przez **Ubezpieczonego** pracy lub obowiązków jako:
 - żołnierza, funkcjonariusza lub osoba wyznaczona do realizacji zadań w ramach jednostek wojskowych lub służb specjalnych instytucji bezpieczeństwa i ochrony państwa,
 - ratownika w ratownictwie: lotniczym, wodnym, górskim, górniczym lub jaskiniowym,
 - sprawozdawcy, dziennikarza, fotoreportera w rejonach objętych wojną lub wewnętrznymi konfliktami zbrojnymi,
 - saper, pirotechnika, nurek, kaskader,
 - artysta cyrkowy, akrobata, opiekun lub trener zwierząt cyrkowych,lub w związku z pracą **Ubezpieczonego**:
 - z materiałami wybuchowymi, toksycznymi, radioaktywnymi lub rakotwórczymi,
 - pod ziemią w przemyśle wydobywczym lub w tunelach, na platformach wiertniczych lub w górnictwie naftowym;
 - h) uczestniczenia **Ubezpieczonego** w zawodach jako kierowcy, pomocnika kierowcy lub pasażera pojazdów silnikowych, w tym również w ramach jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
 - i) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - j) prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.
2. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłać do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli były one następstwem **choroby**, która powstała wskutek:
 - a) poddania się przez **Ubezpieczonego** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
 - b) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez organy administracji państwowej;
 - c) nadużywania alkoholu, co wynika z dokumentacji medycznej.
3. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłać do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez **Ubezpieczonego** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z tym **wypadkiem**.

§ 57. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM

1. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłać do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - a) **działania małżonka albo partnera pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **małżonka albo partnera** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
 - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem **wypadków**, w których **małżonek albo partner** był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**;
 - d) popełnienia przez **małżonka albo partnera** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - e) czynnego udziału **małżonka albo partnera** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania **małżonka albo partnera** na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **małżonka albo partnera** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**;
 - f) **wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez małżonka albo partnera** lub udziału **małżonka albo partnera** w **zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia**;
 - g) wykonywania przez **małżonka albo partnera** pracy lub obowiązków jako:
 - żołnierza, funkcjonariusza lub osoba wyznaczona do realizacji zadań w ramach jednostek wojskowych lub służb specjalnych instytucji bezpieczeństwa i ochrony państwa,
 - ratownika w ratownictwie: lotniczym, wodnym, górskim, górniczym lub jaskiniowym,
 - sprawozdawcy, dziennikarza, fotoreportera w rejonach objętych wojną lub wewnętrznymi konfliktami zbrojnymi,
 - saper, pirotechnik, nurek, kaskader,
 - artysta cyrkowy, akrobata, opiekun lub trener zwierząt cyrkowych,lub w związku z pracą **małżonka albo partnera**:
 - z materiałami wybuchowymi, toksycznymi, radioaktywnymi lub rakotwórczymi,
 - pod ziemią w przemyśle wydobywczym lub w tunelach, na platformach wiertniczych lub w górnictwie naftowym;
 - h) uczestniczenia **małżonka albo partnera** w zawodach jako kierowcy, pomocnika kierowcy lub pasażera pojazdów silnikowych, w tym również w ramach jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
 - i) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - j) prowadzenia przez **małżonka albo partnera** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **małżonka albo partnera** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.
2. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłać do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli były one następstwem **choroby**, która powstała wskutek:
 - a) poddania się przez **małżonka albo partnera** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
 - b) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez organy administracji państwowej;
 - c) nadużywania alkoholu, co wynika z dokumentacji medycznej.
3. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłać do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez **małżonka albo partnera** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z tym **wypadkiem**.

§ 58. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z DZIECKIEM

1. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłać do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - a) **działania dziecka pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **dziecka** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych **ICD – 10** (F00-F99);
 - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem **wypadków**, w których **dziecko** było pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**;
 - d) popełnienia przez **dziecko** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - e) czynnego udziału **dziecka** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania **dziecka** na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **dziecka** w **aktach przemocy, aktach terroru** lub **zamieszkach**;
 - f) **wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu** przez **dziecko** lub udziału **dziecka** w **zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia**;
 - g) uczestniczenia **dziecka** w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, w tym również w ramach jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
 - h) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - j) prowadzenia przez **dziecko** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **dziecko** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.
2. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłać do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli były one następstwem **choroby**, która powstała wskutek:
 - a) poddania się przez **dziecko** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
 - b) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez organy administracji państwowej;
 - c) nadużywania alkoholu, co wynika z dokumentacji medycznej.
3. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłać do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez **dziecko** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z tym **wypadkiem**.

§ 59. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z RODZEŃSTWEM RODZONYM LUB PRZYRODNYM

1. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłać do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - a) **działania rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych **ICD – 10** (F00-F99);
 - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem **wypadków**, w których **rodzeństwo rodzone lub przyrodnie** było pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**;

- d) popełnienia przez **rodzeństwo rodzone lub przyrodnie** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - e) czynnego udziału **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** w **aktach przemocy, aktach terroru** lub **zamieszkach**;
 - f) **wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu** przez **rodzeństwo rodzone lub przyrodnie** lub udziału przez **rodzeństwo rodzone lub przyrodnie** w **zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia**;
 - g) wykonywania przez **rodzeństwo rodzone lub przyrodnie** pracy lub obowiązków jako:
 - żołnierz, funkcjonariusz lub osoba wyznaczona do realizacji zadań w ramach jednostek wojskowych lub służb specjalnych instytucji bezpieczeństwa i ochrony państwa,
 - ratownik w ratownictwie: lotniczym, wodnym, górskim, górniczym lub jaskiniowym,
 - sprawozdawca, dziennikarz, fotoreporter w rejonach objętych wojną lub wewnętrznymi konfliktami zbrojnymi,
 - saper, pirotechnik, nurek, kaskader,
 - artysta cyrkowy, akrobata, opiekun lub trener zwierząt cyrkowych,lub w związku z pracą **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** go:
 - z materiałami wybuchowymi, toksycznymi, radioaktywnymi lub rakotwórczymi,
 - pod ziemią w przemyśle wydobywczym lub w tunelach, na platformach wiertniczych lub w górnictwie naftowym;
 - h) uczestniczenia **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, w tym również w ramach jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
 - i) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - j) prowadzenia przez **rodzeństwo rodzone lub przyrodnie** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **rodzeństwo rodzone lub przyrodnie** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.
2. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłać do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez **rodzeństwo rodzone lub przyrodnie** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z tym **wypadkiem**.

§ 60. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z RODZICEM UBEZPIECZONEGO LUB RODZICEM MAŁŻONKA ALBO RODZICEM PARTNERA

1. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłać do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - a) **działania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych **ICD – 10** (F00-F99);
 - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem **wypadków**, w których **rodzic Ubezpieczonego lub rodzic małżonka albo rodzic partnera** był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**;
 - d) popełnienia przez **rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;

- e) czynnego udziału **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w **aktach stanu wojennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w **aktach przemocy**, **aktach terroru** lub **zamieszkach**;
- f) **wyczynowego** lub **zawodowego uprawiania sportu** przez **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** lub udziału **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w **zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia**;
- g) wykonywania przez **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** obowiązków jako:
- żołnierz, funkcjonariusz lub osoba wyznaczona do realizacji zadań w ramach jednostek wojskowych lub służb specjalnych instytucji bezpieczeństwa i ochrony państwa,
 - ratownik w ratownictwie: lotniczym, wodnym, górskim, górniczym lub jaskiniowym,
 - sprawozdawca, dziennikarz, fotoreporter w rejonach objętych wojną lub wewnętrznymi konfliktami zbrojnymi,
 - saper, pirotechnik, nurek, kaskader,
 - artysta cyrkowy, akrobata, opiekun lub treser zwierząt cyrkowych,
- lub w związku z pracą **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera**:
- z materiałami wybuchowymi, toksycznymi, radioaktywnymi lub rakotwórczymi,
 - pod ziemią w przemyśle wydobywczym lub w tunelach, na platformach wiertniczych lub w górnictwie naftowym;
- h) uczestniczenia **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, w tym również w ramach jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
- i) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
- k) prowadzenia przez **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.
2. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsytają do tego ustępu, nie wypłacamy świadczenia za zdarzenia, jeżeli były one następstwem **choroby**, która powstała wskutek:
- a. poddania się przez **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
 - b. epidemii lub pandemii ogłoszonych przez organy administracji państwowej;
 - c. nadużywania alkoholu, co wynika z dokumentacji medycznej.
3. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsytają do tego ustępu, nie wypłacamy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z tym **wypadkiem**.

ZAWARCIE UMOWY

W tej części znajdują się informacje o tym jak zawrzeć umowę. Dowiesz się tu również, jakie są Twoje obowiązki związane z umową, jak obliczamy składkę oraz w jaki sposób przekazujemy informację o warunkach umowy

§ 61. ZAWARCIE UMOWY

1. Umowa zawierana jest na podstawie **wniosku o zawarcie umowy**, składanego przez Ciebie na naszym formularzu.
2. Możemy prosić Cię o dodatkowe informacje dotyczące Twojego stanu zdrowia, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Możemy prosić Cię, abyś w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
4. Na podstawie informacji zawartych we **wniosku o zawarcie umowy** oraz na podstawie dołączonych do niego dokumentów, w wyniku dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy odmówić zawarcia **umowy**.
5. Zawarcie **umowy** potwierdzimy wystawiając **polisę**.

§ 62. WIEK UBEZPIECZONEGO

Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w proponowanej przez nią **dacie rozpoczęcia ochrony** ma ukończone:

- a) 15 lat i nie ma ukończonych 75 lat,
- b) bez względu na wiek – o ile osoba ta była objęta ochroną w ramach zawartej z nami umowy grupowego ubezpieczenia na życie i zawierania **umowy** w **wariantcie indywidualnej kontynuacji**.

§ 63. PODANIE OKOLICZNOŚCI, O KTÓRE PYTAMY

1. Jesteś zobowiązany podać nam do wiadomości wszystkie znane sobie okoliczności, o które pyaliśmy Cię na piśmie przed zawarciem **umowy**. Jeśli zawierasz **umowę** przez przedstawiciela, na nim także spoczywa ten obowiązek i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Jeśli nie otrzymamy odpowiedzi na nasze pytania, a mimo to zawrzemy z Tobą **umowę**, to uznajemy, że pominięte okoliczności nie były istotne.
2. Nie odpowiadamy za skutki okoliczności, które z naruszeniem poprzedniego ustępu nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeśli umyślnie nie ujawniłeś nam tych okoliczności, w razie wątpliwości przyjmujemy, że objęte ochroną zdarzenie i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. Jeżeli śmierć **Ubezpieczonego** nastąpiła po upływie 3 lat od zawarcia **umowy**, nie możemy podnieść zarzutu, że przy zawieraniu **umowy** podało informacje nieprawdziwe.

§ 64. SUMA UBEZPIECZENIA

1. **Suma ubezpieczenia** jest ustalana przy zawieraniu lub zmianie **umowy**.
2. Za naszą zgodą możesz zmienić **sumę ubezpieczenia** w każdą **rocznicę polisy**. Szczegółowy tryb dokonywania zmian **sumy ubezpieczenia** określa § 73 tych **o.w.u.**

§ 65. SKŁADKA

1. Jesteś zobowiązany do opłacania składki miesięcznej w wysokości ustalonej w **umowie** oraz potwierdzonej w **polisie**, zaś w przypadku zmiany wysokości składki – potwierdzonej w aneksie do **polisy**.
2. Składkę ustala się w oparciu o dokonaną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie obowiązującej taryfy składek, w zależności od Twojego wieku, zakresu ubezpieczenia i **sumy ubezpieczenia**. W wyliczeniu składki uwzględnia się okres **karencji**. Składka może ulec zmianie w każdą **rocznicę polisy**. Szczegółowy tryb dokonywania zmian **składki** określa § 73 tych **o.w.u.**
3. Składka jest płatna najpóźniej do ostatniego dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który jest należna.
4. Składkę uważa się za zapłaconą przez Ciebie z chwilą, gdy wpłynęła ona na nasz rachunek bankowy w pełnej wysokości wynikającej z **umowy**.

5. W przypadku zaległości w opłacie składek, wpłacane kwoty zaliczane są na poczet pierwszej zaległej składki.
6. Jesteś zobowiązany do zapłaty składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed końcem okresu, na który jest zawarta **umowa**, masz prawo do zwrotu składki za niewykorzystany **okres ochrony**.

§ 66. NASZE OBOWIĄZKI

1. Zanim zawrzemy **umowę** doręczymy **Ubezpieczonemu o.w.u.** oraz inne dokumenty, których wymaga prawo.
2. Nasze obowiązki wynikają z **umowy**, w tym z tych **o.w.u.** oraz obowiązujących przepisów prawa, w szczególności kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Masz prawo, jako **Ubezpieczony** żądać, abyśmy prawidłowo i terminowo wypełniali nasze obowiązki wskazane w umowie, w tym w tych **o.w.u.**, oraz te, które wynikają z obowiązujących przepisów prawa.
4. Wypłacimy świadczenie w razie śmierci **Ubezpieczonego** oraz zrealizujemy świadczenie dodatkowe w razie innych zdarzeń objętych **umową**. Okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie zrealizujemy świadczenia, wskazujemy w tych **o.w.u.**
5. Przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków **umowy** lub zmianę prawa właściwego dla **umowy** prześlemy Ci, na piśmie lub, jeżeli wyrażysz na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu **umowy**.
6. Poinformujemy Cię, na piśmie lub, jeżeli wyrażysz na to zgodę, na innym trwałym nośniku, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu **umowy**, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania **umowy**. Po raz pierwszy informacje te prześlemy Ci nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia **umowy**.
7. Informacje, o których mowa w ust. 5-6, za Twoją zgodą, możemy przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

§ 67. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA

1. Zdarzenie objęte ubezpieczeniem można zgłosić:
 - a) przez elektroniczny formularz na stronie allianz.pl,
 - b) telefonicznie 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
 - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,
 - d) w każdej naszej placówce.
2. Potrzebę organizacji świadczeń assistance, telemedycyny, świadczeń medycznych, opieki kardiologicznej można zgłosić za pośrednictwem **centrum operacyjnego**:
 - a) telefonicznie 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
 - b) na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 12,
 - c) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl

§ 68. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną:
 - a) informujemy o tym Ciebie (jeżeli to nie Ty wystąpiłeś z tym zawiadomieniem), oraz
 - b) podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności zdarzenia, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
 - c) informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności dostępny jest również na naszej stronie internetowej allianz.pl.

2. Świadczenia wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona powinna dołączyć wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
3. Reguły opisanych w ustępach 1 i 2 nie stosujemy do zdarzeń w ramach ubezpieczeń chorobowych, o których mowa w dziale I w grupie 5 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli świadczenie spełniliśmy bezpośrednio po zgłoszeniu nam zdarzenia lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu.
5. Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli te okoliczności wyjaśnić.
6. Bezporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.
7. Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie**, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
9. Możemy zażądać, abyś w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
10. Określenie wartości procentowej **trwałego uszczerbku na zdrowiu** jest dokonywane na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji, oraz wyników badań, o których mowa w ust. 9. Wskazane jest dokonanie zgłoszenia roszczenia po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 3 lat od daty **wypadku**, z zastrzeżeniem ust. 11. Po zaistnieniu **wypadku Ubezpieczony, małżonek** albo **partner** lub **dziecko** powinni niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania w celu złagodzenia skutków **wypadku** przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
11. W odniesieniu do uszczerbków wskazanych w części II tabeli stanowiącej załącznik nr 7 do tych **o.w.u.**, ze względów medycznych ustalenie **trwałego uszczerbku na zdrowiu** może nastąpić nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty **wypadku**.
12. W przypadku, gdy nasze świadczenie polega na zwrocie poniesionych kosztów, powinienes udokumentować ich wysokość. Zwrócimy je na podstawie przedstawionych dowodów poniesionych przez Ciebie kosztów.
13. Zdarzenia, które wydarzyły się poza granicami Polski możesz nam potwierdzić dostarczając dokumentację medyczną w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
14. W celu realizacji świadczeń medycznych, opieki kardiologicznej, świadczeń assistance i powtórnej opinii medycznej, informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Dokumenty te powinny zostać przesłane lub dostarczone osobiście do **centrum operacyjnego**.
15. Miejsce realizacji świadczeń medycznych ustalimy, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** w porozumieniu z Tobą i w terminie **5 dni roboczych** od dnia otrzymania kompletu dokumentów, o których mowa w ust. 14, zorganizujemy świadczenie medyczne we współpracującym podmiocie lub placówce medycznej.
16. Wartość poszczególnych świadczeń assistance pogrzebowego, świadczeń medycznych po poważnym zachorowaniu, świadczeń assistance onkologicznego, świadczeń assistance i telemedycyny, świadczeń assistance związanych z **urodzeniem dziecka** oraz świadczeń assistance związanych z **rodzicem Ubezpieczonego** ustalana jest każdorazowo na podstawie średnich cen usług obowiązujących na terenie danego województwa w dniu organizacji przez nas świadczenia, a w przypadku usług świadczonych za granicą – na podstawie średnich cen usług obowiązujących na terenie danego kraju w dniu organizacji przez nas świadczenia. Poinformujemy Cię o niej oraz jej wpływie na łączny limit kosztów lub **Sumy**

Ubezpieczenia Assistance przed skorzystaniem przez Ciebie ze świadczenia.

17. Do zgłoszenia roszczenia z tytułu świadczeń dodatkowych związanych z **dzieckiem, małżonkiem, partnerem, rodzicem Ubezpieczonego, rodzicem matzonka, rodzicem partnera**, innych niż ich śmierć, należy dotychczas ich zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia oraz upoważnienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do udzielania nam informacji o stanie ich zdrowia, także po ich śmierci (w tym udostępnienia dokumentacji medycznej), w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, w zakresie określonym w art. 38 ust. 2 i 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 69. NA RZECZ KOGO REALIZUJEMY ŚWIADCZENIE

1. Świadczenia należne z tytułu **umowy**, z wyłączeniem świadczeń z tytułu śmierci **Ubezpieczonego**, przysługują **Ubezpieczonemu**. Świadczenia z tytułu śmierci **Ubezpieczonego** przysługują **uposażonemu** lub w razie ich braku innym **uprawnionym**. Świadczenie należne z tytułu śmierci **Ubezpieczonego** skutkującej osieroceniem **dziecka** przysługuje osieroconemu **dziecku**.
2. **Ubezpieczony** może wskazać jednego lub większą liczbę **uposażonych** jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia (**sumy ubezpieczenia**) na wypadek jego śmierci. Wskazanie **uposażonego** jest bezskuteczne, jeżeli **uposażony** zmarł przed śmiercią **Ubezpieczonego** albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
3. Jeżeli w chwili śmierci **Ubezpieczonego** nie ma **uposażonego**, świadczenie na wypadek śmierci **Ubezpieczonego** przysługuje najbliższej rodzinie **Ubezpieczonego** według następującej kolejności:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci w równych częściach (gdy nie ma małżonka);
 - c) rodzice w równych częściach (gdy nie ma dzieci i małżonka);
 - d) rodzeństwo w równych częściach (gdy nie ma rodziców, dzieci i małżonka);
 - e) w równych częściach inni spadkobiercy **Ubezpieczonego**, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

W tej części informujemy o początku i zakończeniu ochrony, a także o możliwościach rozwiązania umowy, składania reklamacji, skarg i zażaleń oraz rozwiązywania sporów.

§ 70. POCZĄTEK OCHRONY

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu uzgodnionym w **umowie** oraz potwierdzonym w **polisie**, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym zapłaciłeś składkę w wysokości wynikającej z **umowy**.
2. W przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia w trakcie trwania **umowy**, ochrona w zmienionym zakresie ubezpieczenia rozpoczyna się w najbliższą **rocznicę polisy** przypadającą po Twoim wniosku o dokonanie zmian zakresu, o ile przed tą **rocznicą polisy** poinformowałeś Cię o jego akceptacji.

§ 71. ZAWIESZENIE OCHRONY

1. W sytuacji, gdy składka należna w danym okresie nie została opłacona w terminie, wezwimy Cię do zapłaty składki z zagrożeniem, że w razie braku jej zapłaty w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni, ochrona ulegnie zawieszeniu. Ochrona ulega zawieszeniu do czasu jej wznowienia, nie dłużej jednak niż na okres 1 miesiąca liczonego od ostatniego dnia okresu udzielania ochrony.
2. Składkę uważa się za niezapłaconą, jeżeli wysokość składki przekazanej na nasz rachunek bankowy jest niższa niż kwota składki wynikająca z **umowy**.
3. Ochrona ulega wznowieniu z dniem jej zawieszenia po zapłaceniu przez Ciebie kwoty składki należnych za okres od dnia zawieszenia ochrony do dnia dokonania wpłaty.
4. W razie niewznowienia ochrony w trybie opisanym w ust. 3 w terminie miesiąca liczonego od ostatniego dnia okresu udzielania ochrony, **umowę** uważa się za wypowiedzianą przez Ciebie z ostatnim dniem

okresu udzielania ochrony (tj. z dniem poprzedzającym dzień zawieszenia ochrony).

5. W okresie zawieszenia ochrony, z tytułu wystąpienia zdarzeń objętych ochroną, wypłacimy świadczenie wyłącznie wtedy, gdy przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 4, dokonasz wpłaty składki za okres od dnia zawieszenia ochrony do dnia dokonania wpłaty w wysokości określonej w **umowie**. W razie gdy nie dokonasz powyższej wpłaty w terminie określonym w ust. 4, jesteśmy zwolnieni z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia w okresie zawieszenia ochrony.

§ 72. CZAS TRWANIA UMOWY

1. **Umowę** zawieramy na okres **roku polisowego**. **Umowa** ulega przedłużeniu na kolejny **rok polisowy**, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużeniu **umowy**, o czym mowa w ust. 3. **Umowa** może być w ten sposób przedłużana wielokrotnie.
2. W razie przedłużenia **umowy** na kolejny **rok polisowy**, **umowa** przedłużana jest na takich samych warunkach jakie obowiązywały w poprzedzającym ją **roku polisowym**, a dotychczas obowiązujące dokumenty potwierdzające zawarcie **umowy** pozostają w mocy, chyba że strony postanowią zmienić warunki **umowy**.
3. Każda ze stron może nie przedłużyć **umowy** na kolejny **rok polisowy**. Jeżeli nie będziemy chcieli przedłużyć **umowy** na kolejny **rok polisowy**, poinformujemy Cię o tym, najpóźniej na miesiąc przed najbliższą **rocznicą polisy**, składając pisemne oświadczenie o nieprzedłużeniu **umowy**. Jeśli Ty nie będziesz chciał przedłużyć **umowy** na kolejny **rok polisowy**, złóż nam oświadczenie najpóźniej na 14 dni przed najbliższą **rocznicą polisy**. O tym jak możesz złożyć nam oświadczenie, piszemy w § 81 ust. 4 tych **o.w.u.**

§ 73. ZMIANY W UMOWIE

1. Każda ze stron **umowy** może złożyć drugiej stronie wniosek o zmianę **umowy**, przy czym wniosek o zmianę powinien zostać złożony nie później niż na miesiąc przed **rocznicą polisy**.
2. Jeżeli po otrzymaniu od nas wniosku o zmianę **umowy**, nie wyrazisz zgody na zmianę **umowy** do najbliższej **rocznicy polisy**, **umowa** nie ulegnie przedłużeniu na kolejny **rok polisowy**. O tym jak możesz złożyć nam oświadczenie, piszemy w § 81 ust. 4 tych **o.w.u.**
3. **Umowa** nie przedłuży się również, gdy w terminie do miesiąca od daty złożenia przez Ciebie wniosku o zmianę **umowy**, to my nie wyrazimy zgody na zmianę **umowy**, chyba, że uzgodnimy inaczej.
4. Jeżeli zgłaszasz wniosek o zmianę **umowy**, możemy prosić Cię o dodatkowe informacje dotyczące Twojego stanu zdrowia, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Możemy prosić Cię, abyś w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań. Możemy odmówić zmiany **umowy**.

§ 74. KONIEC OCHRONY

1. Ochrona względem **Ubezpieczonego** wygasa:
 - a) w chwili śmierci **Ubezpieczonego**;
 - b) z dniem rozwiązania **umowy**;
 - c) z dniem upływu okresu wypowiedzenia **umowy**;
 - d) z dniem odstąpienia od **umowy**;
 - e) z ostatnim dniem dodatkowego terminu do zapłaty składki wskazanego w wezwaniu, o którym mowa w § 71 ust. 1 tych **o.w.u.** – jeżeli **Ubezpieczający** nie przekaze zaległych składek w terminie określonym w § 71 ust. 4 tych **o.w.u.**;
 - f) z dniem poprzedzającym najbliższą **rocznicę polisy**, następującą po ukończeniu przez **Ubezpieczonego**:
 - i. 70 roku życia – jeśli w dniu złożenia wniosku o zawarcie **umowy Ubezpieczony** nie miał ukończonych 70 lat, z zastrzeżeniem pkt. ii) poniżej;
 - ii. 75 roku życia – jeśli w dniu złożenia wniosku o zawarcie **umowy Ubezpieczony** miał ukończone 70 lat albo jeżeli wyraził zgodę na przedłużenie ochrony na zmienionych warunkach, zaproponowanych przez nas zgodnie z § 73 tych **o.w.u.**, umożliwiając mu skorzystanie z ochrony od najbliższej **rocznicy polisy** następującej po ukończeniu przez niego 70 roku życia;
- w zależności od tego, które ze zdarzeń opisanych w lit. a)-f) nastąpiło wcześniej.
- W odniesieniu do **Ubezpieczonego** objętego ochroną w **wariancie indywidualnej kontynuacji**, nie mają zastosowania

postanowienia z lit. f). Oznacza to, że zajście zdarzenia opisanego w lit. f), nie powoduje wygaśnięcia ochrony względem tego **Ubezpieczonego**.

2. W przypadku, gdy w **umowie** zakres ochrony został rozszerzony również o świadczenia dodatkowe wskazane w tych **o.w.u.**, ochrona względem **Ubezpieczonego** w odniesieniu do poszczególnego świadczenia dodatkowego wygasa:
 - a) w przypadkach określonych w ust. 1 powyżej;
 - b) z dniem wygaśnięcia **umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;w zależności od tego, które ze zdarzeń opisanych w lit. a)-b) nastąpiło wcześniej.

§ 75. ODSTĄPIENIE OD UMOWY

1. Możesz odstąpić od **umowy** składając nam oświadczenie o odstąpieniu w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia.
2. Jeśli najpóźniej w dniu zawarcia **umowy** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od **umowy**, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy** jest liczony od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
3. Składkę za niewykorzystany **okres ochrony**, zwrócimy w ciągu 14 dni od otrzymania Twojego oświadczenia o odstąpieniu.
4. W przypadku zawarcia **umowy** na odległość, termin, w którym możesz odstąpić od **umowy** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu **umowy** lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy** zostało wysłane przed jego upływem.
5. O tym jak możesz złożyć nam oświadczenie, piszemy w § 81 ust. 4 tych **o.w.u.**

§ 76. WYPOWIEDZENIE UMOWY

Możesz w każdym czasie wypowiedzieć **umowę** składając nam oświadczenie o wypowiedzeniu **umowy** z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym otrzymamy oświadczenie o wypowiedzeniu. O tym jak możesz złożyć nam oświadczenie, piszemy w § 81 ust. 4 tych **o.w.u.**

§ 77. ROZWIĄZANIE UMOWY

Umowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, o ile nie doszło do jej przedłużenia na kolejny **rok polisowy**.

§ 78. SKRÓCENIE OKRESU KARENCJI

1. Jeśli przed zawarciem **umowy**, byłeś objęty ochroną z tytułu innej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z nami, jesteś uprawniony do skrócenia okresu **karencji** zgodnie z zasadami opisanymi w tym paragrafie. Jeżeli ochrona z tytułu innej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z nami, kończy się wraz z końcem miesiąca, wówczas skrócenie okresu **karencji** nastąpi, gdy **data rozpoczęcia ochrony** przypadać będzie w jednym z czterech kolejnych miesięcy następujących po miesiącu, w którym kończy się ochrona z tytułu tej innej umowy ubezpieczenia. Jeżeli ochrona z tytułu innej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z nami, kończy się w innym dniu niż ostatni dzień miesiąca, wówczas skrócenie okresu **karencji** nastąpi, gdy **data rozpoczęcia ochrony** przypadać będzie w jednym z trzech kolejnych miesięcy następujących po miesiącu, w którym kończy się ochrona z tytułu tej innej umowy ubezpieczenia. Wskutek skrócenia, okres **karencji** liczony będzie od daty rozpoczęcia ochrony względem **Ubezpieczonego** w zakresie danego zdarzenia w ramach poprzedniego ubezpieczenia.
2. W ten sam sposób okres **karencji** liczymy w przypadku, gdy **Ubezpieczony** był objęty ochroną przez inny zakład ubezpieczeń w ramach umowy ubezpieczenia na życie, jeśli przerwa pomiędzy zakończeniem ochrony w ramach tej umowy z innym zakładem ubezpieczeń, a **datą rozpoczęcia ochrony** była nie dłuższa niż 45 dni. Podanie danych potwierdzających zakres ochrony w ramach umowy z innym zakładem ubezpieczeń (dotyczy tylko ryzyk objętych ochroną zarówno w poprzednim ubezpieczeniu, jak i w **umowie**) oraz okres obowiązywania umowy z innym zakładem ubezpieczeń, jest dobrowolne, ale niezbędne dla skrócenia okresu **karencji**.
3. Skrócenie okresu **karencji**, o którym mowa w ust. 1 i 2, dotyczy tylko i wyłącznie zakresu ryzyk objętych ochroną zarówno w poprzednim ubezpieczeniu, jak i w **umowie**.

§ 79. JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ, SKARGĘ LUB ZAŻALENIE

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
3. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji informujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustaliśmy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłączenie na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 80. JAK INACZEJ MOŻNA ROZWIĄZAĆ SPÓR

1. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
2. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody.) Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
3. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 81. OBOWIĄZUJĄCE PRZEPISY PRAWA, OŚWIADCZENIA I ZAWIADOMIENIA

1. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie** lub w tych **o.w.u.**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy** na odległość.
2. W relacjach wynikających z tych **o.w.u.** stosujemy język polski.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa).
4. Oświadczenia i zawiadomienia, które dotyczą **umowy**, możesz złożyć nam:
 - a) na adres (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa) lub elektronicznie poprzez formularz dostępny na naszej stronie internetowej www.allianz.pl
 - b) za pośrednictwem naszego agenta (oświadczenia i zawiadomienia składane naszemu agentowi w związku z **umową**, uznaje

- się za złożone nam, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku),
- c) albo w inny, uzgodniony z nami sposób.
5. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w sposób wskazany w §79 tych o.w.u.

§ 82. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW

Pozew, który dotyczy **umowy** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:

- właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
- właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego** lub **uprawnionego z umowy**,
- właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpieczonego** lub spadkobiercy **uprawnionego z umowy**.

DEFINICJE

W tym rozdziale wyjaśniamy pojęcia, których używamy w tych o.w.u., w zawartej na ich podstawie umowie oraz w pismach i oświadczeniach składanych w związku zawarciem lub wykonywaniem umowy, a także rozwijamy skróty ustaw, do których odwołujemy się w tych o.w.u.

§ 83. DEFINICJE

1. Akt przemocy

bezwprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności

2. Akt terroru

nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszania ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy, lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszania dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych

3. Akty stanu wojennego lub działania wojenne

ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi

4. Całkowita niezdolność do pracy

całkowita niezdolność do pracy osoby, która całkowicie utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, stwierdzona orzeczeniem **lekarza orzecznika** lub przez właściwy sąd rozpoznający odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego. W przypadku braku orzeczenia **lekarza orzecznika** lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego, całkowitą niezdolność do pracy ustala się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem § 68 ust. 9 tych o.w.u., z uwzględnieniem:

- stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;
- możliwości wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowości przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne; pod warunkiem pozostawania przez tę osobę przez nieprzerwany okres minimum 6 miesięcy w niezdolności do pracy, udokumentowanej zaświadczeniem lekarskim lub inną dokumentacją medyczną

5. Centrum operacyjne

AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 0000189340, NIP 1070000164, REGON 01564769, o kapitale zakładowym spółki macierzystej 18 510 562,50 EUR, wpłaconym w całości, na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France, zajmująca się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń assistance, telemedycyny, świadczeń medycznych, teleopieki kardiologicznej i powtórnej opieki medycznej

6. Choroba

reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju

7. Choroba przewlekła

- na potrzeby świadczenia assistance i telemedycyny albo assistance 70+ – **choroba** zdiagnozowana przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie świadczenia assistance i telemedycyny albo – odpowiednio – assistance 70+, charakteryzująca się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczona stale lub okresowo ambulatoryjnie lub będąca przyczyną pobytu w **szpitalu** w okresie 12 miesięcy przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia,
- na potrzeby świadczenia assistance związanego z **rodzicem Ubezpieczonego** – **choroba** zdiagnozowana przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie świadczenia assistance związanego z **rodzicem Ubezpieczonego**, charakteryzująca się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczona stale lub okresowo ambulatoryjnie lub będąca przyczyną pobytu w **szpitalu** w okresie 12 miesięcy przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia

8. Członek rodziny

dziecko, małżonek albo **partner, rodzeństwo rodzone lub przyrodnie, rodzice Ubezpieczonego, rodzice małżonka** albo **partnera**

9. Czynności życia codziennego

za czynności życia codziennego uznaje się:

- poruszanie się w domu – przemieszczanie się z/do łóżka lub z/na krzesło samodzielnie lub z użyciem laski, chodzika;
- kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu przy utrzymaniu higieny osobistej;
- mycie – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem w stopniu umożliwiającym utrzymanie higieny osobistej;
- ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się – bez konieczności pomocy innej osoby;
- jedzenie – wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie);
- korzystanie z toalety – samodzielne przemieszczanie się do toalety i korzystanie z niej przy utrzymaniu higieny osobistej

10. Data rozpoczęcia ochrony

dzień określony w **umowie**, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność na podstawie **umowy**. Data rozpoczęcia ochrony ustalana jest jako pierwszy dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy i zaakceptowaliśmy **wniosek o zawarcie umowy**. Decyzję w przedmiocie akceptacji **wniosku o zawarcie umowy** podejmiemy w miesiącu, w którym otrzymamy **wniosek o zawarcie umowy**. O odmowie akceptacji poinformujemy Cię nie później niż w terminie 1 miesiąca od dnia otrzymania **wniosku o zawarcie umowy**. Datę rozpoczęcia ochrony potwierdzimy w **polisie**. W przypadku zmiany ubezpieczenia w trakcie trwania **umowy**, za datę rozpoczęcia ochrony w zmienionym zakresie ubezpieczenia uznaje się najbliższą **rocznicę polisy**, przypadającą po Twoim wniosku o dokonanie zmian, o ile przed tą **rocznicą polisy** poinformowaliśmy Cię o jego akceptacji – dzień ten potwierdzimy w aneksie do **polisy**, wskazując datę, od której obowiązują zmienione warunki

11. Depresja poporodowa

zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z porodem, zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako F53

12. Działanie pod wpływem alkoholu

działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2 promila alkoholu lub
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³

13. Dziecko

dziecko własne lub przysposobione **Ubezpieczonego**

14. Dzień pobytu w szpitalu

dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce pobyt w **szpitalu**, niezależnie od tego, ile czasu trwał pobyt w danym dniu kalendarzowym. Za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji w **szpitalu**, a za ostatni dzień wypisu ze **szpitala**

15. Dzień roboczy

każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

16. ICD – 10

w tych o.w.u. dla określenia niektórych jednostek chorobowych odwołujemy się do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych w wersji ICD-10. Jeżeli wskutek przyjęcia nowej wersji ww. Klasyfikacji, jednostki chorobowe wskazane w tych

o.w.u., będą sklasyfikowane według innego sposobu kodowania, wówczas ilekroć w tych **o.w.u.** odwołujemy się do kodów **ICD-10**, uwzględniać będziemy również nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych

- 17. Karencja**
okres, w którym nasza odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzeń wskazanych w **umowie** jest wyłączona, bądź ograniczona; okres **karencji** uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki
- 18. Leczenie operacyjne**
przez uraz leczony operacyjnie należy rozumieć uraz, który zgodnie z dokumentacją medyczną wymaga przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego lub laparoskopowego naruszającego ciągłość powłok ciała (przecięcie skóry) lub metodą endoskopową, wykonanego w warunkach ambulatoryjnych lub podczas hospitalizacji. Za **leczenie operacyjne** w rozumieniu niniejszej definicji nie uważa się zeszycia **rany** i zabiegów wykonanych w celach diagnostycznych
- 19. Leczenie tylko zachowawcze**
przez uraz leczony tylko zachowawczo należy rozumieć uraz wymagający wyłączenia leczenia nieinwazyjnego, które nie wiąże się z podjęciem działań chirurgicznych
- 20. Lekarz orzecznik**
lekarz orzecznik działający przy organie emerytalno-rentowym w Polsce, właściwy do wydawania orzeczeń o niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji. Jeżeli od orzeczenia **lekarza orzecznika** został wniesiony sprzeciw, albo organ emerytalno-rentowy podniósł zarzut wadliwości orzeczenia, wówczas pod pojęciem **lekarza orzecznika** rozumie się komisję lekarską działającą przy właściwym organie emerytalno-rentowym orzekającą w drugiej instancji o niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji
- 21. Lekarz uprawniony**
lekarz wskazany przez nas i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej, do weryfikacji stanu zdrowia na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, oraz do przeprowadzania badań lekarskich, udzielania konsultacji i przygotowywania opinii lekarskich
- 22. Leki**
zalecone **Ubezpieczonemu** leki gotowe, wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty, oraz leki recepturowe, wskazane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego lub w osobnym dokumencie wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego** podczas pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu
- 23. Licencjonowane linie lotnicze**
przewoźnik lotniczy uprawniony do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów na podstawie koncesji lub na podstawie aktu właściwego organu obcego państwa
- 24. Macocha**
osoba, z którą **ojciec** pozostaje lub pozostawał w związku małżeńskim, nie będąca **matką**
- 25. Matzonek**
osoba, z którą **Ubezpieczony** pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną
W świadczeniu dodatkowym urodzenie się dziecka stosujemy formę żeńską – **matzonka**
- 26. Matka**
matka biologiczna lub przysposabiająca
- 27. Nagłe zachorowanie**
nagły stan chorobowy zagrażający życiu albo zdrowiu wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej
- 28. Niedowład**
potwierdzone dokumentacją medyczną zmniejszenie siły mięśni lub ograniczenie zakresu ruchu powstałe na skutek zmian ośrodkowych lub obwodowych, obwodowych lub dotyczących samego mięśnia
- 29. Niezdolność do samodzielnej egzystencji**
naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych stwierdzone orzeczeniem **lekarza orzecznika** lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego. W przypadku braku orzeczenia **lekarza orzecznika** lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego, przez niezdolność do samodzielnej egzystencji rozumie się trwałą i bezpowrotną utratę zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu **czynności życia codziennego**
- 30. OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)**
wydzielony specjalistyczny oddział szpitalny zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający całodobowe

monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanie zagrożenia życia; za OIOM uważa się również wydzieloną salę intensywnego nadzoru istniejącą w ramach innych oddziałów specjalistycznych, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt umożliwiający całodobowe monitorowanie czynności życiowych i wspomaganie niewydolnych organów i układów organizmu

- 31. Ojciec**
ojciec biologiczny lub przysposabiający
- 32. Ojczym**
osoba, z którą **matka** pozostaje lub pozostawała w związku małżeńskim, nie będąca **ojcem**
- 33. Okres ochrony**
okres, w którym udzielamy Ci ochrony z tytułu danego świadczenia na podstawie **umowy**
- 34. Ostry zawal serca**
martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem, ze współistniejącym i udokumentowanym wzrostem lub spadkiem stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego we krwi (troponiny sercowej cTn) z przynajmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnych, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych dowodów na niedokrwienie mięśnia sercowego:
 - a) objawy kliniczne niedokrwienia serca
 - b) nowe niedokrwienne zmiany w elektrokardiogramie
 - c) pojawienie się patologicznych ząbków Q w elektrokardiogramie
 - d) nowy ubytek żywnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych
 - e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym
- 35. o.w.u.**
niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wraz z załącznikami
- 36. Pakiet**
dodatkowe rozszerzenie zakresu ochrony, które możesz wybrać, jeżeli przewiduje to propozycja ubezpieczenia
- 37. Partner**
osoba pozostająca z **Ubezpieczonym** w związku nieformalnym, która nie jest spokrewniona z **Ubezpieczonym** w linii prostej ani nie jest rodzeństwem ani powinowatym w linii prostej z **Ubezpieczonym**, która jednocześnie prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe i została wskazana (imię, nazwisko, data urodzenia) jako **partner Ubezpieczonego** we **wniosku o zawarcie umowy** lub pisemnym oświadczeniu; zmiana takiego oświadczenia może nastąpić po upływie jednego roku od **daty rozpoczęcia ochrony** z tytułu **umowy** lub od daty złożenia nam ostatniego oświadczenia w zakresie wskazania/zmiany wskazania **partnera**
W świadczeniu dodatkowym urodzenie się dziecka stosujemy formę żeńską – **partnerka**
- 38. Polisa**
dokument potwierdzający zawarcie **umowy**
- 39. Porażenie**
potwierdzony dokumentacją medyczną stan charakteryzujący się całkowitą niezdolnością wykonywania ruchu na skutek braku dopływu bodźców nerwowych do mięśni
- 40. Poronienie**
wydalenie lub wydobycie z ustroju matki będącej **Ubezpieczonym** lub **matzonką** albo **partnerem Ubezpieczonego** płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22 tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni)
- 41. Powtórna opinia medyczna**
opinia związana z diagnozą, stanem zdrowia oraz leczeniem **Ubezpieczonego**, sporządzona przez lekarza świadczącego usługi medyczne poza Polską, w oparciu o dokumentację medyczną dostarczoną przez **Ubezpieczonego**
- 42. Przyczyna zewnętrzna**
zdarzenie pochodzące spoza organizmu osoby która doznała tego zdarzenia, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała tej osoby, polegające na oddziaływaniu na ciało tej osoby:
 - 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 nie są **przyczyną ze-wnętrzną** według tych **o.w.u.**
- 43. Przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej**
stan zagrożenia życia, który wskazujemy poniżej i który powinien być zgłaszany bezpośrednio do pogotowia ratunkowego:
- a) zatrucia lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utratę przytomności, omdlenia, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty;
 - b) stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród;
 - c) rozległe rany z krwawieniem będące efektem urazu oraz urazy uniemożliwiające samodzielne poruszanie się;
 - d) nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażen i niedowładów;
 - e) ciężką reakcję anafilaktyczną na ukąszenia, leki lub środki spożywcze
- 44. Rana**
uszkodzenie skóry i tkanki podskórnej wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, to jest opracowania rany poprzez jej zszycie przy użyciu nici chirurgicznych, klamerek, kleju tkankowego, pasków lub plastrów chirurgicznych lub wycięcie tkanek martwiczych
- 45. Renta**
należne z tytułu **umowy** świadczenie miesięczne
- 46. Reoperacja**
operacja na narządach uprzednio operowanych, związana z tą samą **chorobą** lub **wypadkiem**, które były powodem uprzednio przeprowadzonej operacji
- 47. Rocznicza polisy**
każda rocznica **daty rozpoczęcia ochrony**
- 48. Rodzeństwo rodzone lub przyrodnie**
dzieci **ojca Ubezpieczonego** i **matki Ubezpieczonego** lub dzieci **ojca Ubezpieczonego** i **macochy Ubezpieczonego**, lub **matki Ubezpieczonego** i **ojczyma Ubezpieczonego**
- 49. Rodzic małżonka**
ojciec małżonka lub **matka małżonka**, lub **ojczym małżonka**, lub **macocha małżonka**
- 50. Rodzic partnera**
ojciec partnera lub **matka partnera**, lub **ojczym partnera**, lub **macocha partnera**
- 51. Rodzic Ubezpieczonego**
ojciec Ubezpieczonego lub **matka Ubezpieczonego**, lub **ojczym Ubezpieczonego**, lub **macocha Ubezpieczonego**
- 52. Rok polisowy**
okres rozpoczynający się w **dacie rozpoczęcia ochrony** a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym pierwszą **rocznicę polisy** oraz każdy okres rozpoczynający się w każdej kolejnej **rocznicy polisy** (począwszy od pierwszej) a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym następną **rocznicę polisy**
- 53. Sanatorium**
zakład leczniczy wykorzystujący walory klimatyczne, przyrodnicze i naturalne, zlokalizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony dla osób wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego
- 54. Siła wyższa**
nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od **Ubezpieczonego** lub od nas, którego następstwem nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków
- 55. Skręcenie**
uszkodzenie przebiegające z nacignięciem, naderwaniem lub całkowitym zerwaniem torebki stawowej lub więzadeł (struktur mocujących i stabilizujących stawy)
- 56. Sprzęt rehabilitacyjny**
sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie
- 57. Stłuczenie**
zamknięte mechaniczne uszkodzenie tkanek miękkich (mięśni, skóry i tkanki podskórnej) powodujące naruszenie czynności narządu z widocznym wylewem krwi lub obrzękiem w miejscu obrażenia
- 58. Suma ubezpieczenia**
w zależności od postanowień tych **o.w.u.**, dotyczących danego świadczenia, jest to: kwota świadczenia wypłacanego z tytułu zdarzenia określonego w **umowie** albo kwota stanowiąca maksymalną wysokość świadczenia wypłacanego z tytułu zdarzenia określonego w **umowie**, albo podstawa do ustalenia wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu zdarzenia określonego w **umowie**. Wysokość **sumy ubezpieczenia** potwierdzimy w **polisie** lub aneksie do **polisy**
- 59. Szpital**
zakład opieki zdrowotnej przeznaczony zgodnie z przepisami do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz świadczenia przez wykwalifikowaną kadre pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za **szpital** w rozumieniu tych **o.w.u.** nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), **szpitala rehabilitacyjnego**, **sanatorium** i uzdrowiska, ośrodka pomocy społecznej, domu opieki, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjum
- 60. Szpital rehabilitacyjny**
znajdujący się na terenie Polski zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych przez wykwalifikowaną kadre rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza, w tym również oddziały rehabilitacyjne **szpitali** w Polsce. Za szpital rehabilitacyjny w rozumieniu tych **o.w.u.** uważa się również szpital uzdrowiskowy (sanatoryjny). Za szpital rehabilitacyjny w rozumieniu tych **o.w.u.** nie uważa się **sanatorium** i uzdrowiska, ośrodka pomocy społecznej, domu opieki, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjum
- 61. Transport medyczny**
transport realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia środkiem transportu; za transport medyczny nie uważa się transportów na wizyty kontrolne związane z kontynuacją leczenia oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej
- 62. Trwały ubytek neurologiczny**
zaburzenia neurologiczne, powstałe wskutek uszkodzenia poszczególnych struktur układu nerwowego, które powodują utrwalone ograniczenie sprawności organizmu potwierdzone w badaniu przedmiotowym i dokumentacji medycznej
- 63. Trwały uszczerbek na zdrowiu**
trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy
- 64. Ubezpieczony**
osoba, której życie i zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w **umowie**
- 65. Ubezpieczający**
osoba, która zawiera z nami **umowę** i ma obowiązek optacać składkę. W tej **umowie Ubezpieczający** i **Ubezpieczony** jest tą samą osobą
- 66. Udar mózgu**
nagłe uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia – wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Przez **udar mózgu** rozumie się również krwotok podopajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego
- 67. Umowa**
umowa zawarta na podstawie tych **o.w.u.**
- 68. Unieruchomienie**
unieruchomienie stawu lub kości poprzez zastosowanie: gipsu, gipsu syntetycznego, gorsetu, szyny, ortezu, stabilizatora lub kołnierza ortopedycznego, a w przypadkach uszkodzenia stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego również poprzez zastosowanie chusty trójkątnej, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej
- 69. Uposażony**
osoba wyznaczona przez **Ubezpieczonego** do otrzymania świadczeń z tytułu jego śmierci
- 70. Uprawniony**
uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczeń z tytułu śmierci **Ubezpieczonego**, o której mowa w § 69 ust. 3 tych **o.w.u.**
- 71. Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu**
potwierdzone w dokumentacji medycznej uszkodzenie ciała **Ubezpieczonego**, które nie powoduje **trwałego uszczerbku na zdrowiu** i nie zostało wymienione w załączniku nr 7 do tych **o.w.u.**
- 72. Urodzenie się dziecka z niską oceną w skali Apgar**
urodzenie się żywego **dziecka**, w akcie urodzenia którego **Ubezpieczony** jest wymieniony jako rodzic, które urodziło się po upływie 22 tygodnia ciąży i przy urodzeniu otrzymało od 1 do 7 punktów w skali Apgar przy ostatniej wstępnej ocenie stanu dziecka przeprowadzanej po porodzie
- 73. Urodzenie się martwego dziecka**
urodzenie się **Ubezpieczonemu** martwego dziecka, nie wcześniej niż po upływie 22. tygodnia ciąży (po upływie 21 tygodni i 7 dni)
- 74. Urodzenie się dziecka**
- a) narodzenie żywego **dziecka** potwierdzone aktem urodzenia, w którym **Ubezpieczony** jest wymieniony jako rodzic **dziecka**, albo
 - b) przysposobienie **dziecka** przez **Ubezpieczonego** potwierdzone aktem urodzenia, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic **dziecka**, lub prawomocnym orzeczeniem sądu stwierdzającym przysposobienie; w tym przypadku za datę urodzenia się dziecka przyjmujemy datę uprawomocnienia się

orzeczenia sądu orzekającego przysposobienie **dziecka** przez **Ubezpiezonego**

75. Uszczerbek na zdrowiu dziecka

fizyczne uszkodzenie ciała **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, lub utrata przez nie zdrowia, skutkujące upośledzeniem czynności organizmu

76. Uszkodzenie tkanek miękkich

uszkodzenie mięśni, naczyń, nerwów, ścięgien, więzadeł będące następstwem **wypadku**, rozumiane jako ostre zamknięte lub otwarte uszkodzenie tkanek miękkich, gdy występuje co najmniej 1 z następujących objawów: ból, wylew krwi, obrzęk, ograniczenie zakresu ruchów, zwiększone napięcie mięśni, osłabienie siły mięśniowej, powodujące upośledzenie sprawności czynnościowej

77. Wada wrodzona

nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Q00-Q99)

78. Wariant

zakres ochrony wybierany przez **Ubezpieczającego** spośród dostępnych w propozycji ubezpieczenia

79. Wariant indywidualnej kontynuacji

zakres ochrony proponowany przez nas osobom występującym z zawartej z nami umowy grupowego ubezpieczenia na życie i wyrażającym wolę kontynuacji ubezpieczenia w ramach indywidualnego ubezpieczenia na życie lub **Ubezpieczonym** objętym ochroną w ramach **umowy** – po ukończeniu przez nich wieku, o którym mowa w § 74 ust. 1 lit f) tych **o.w.u.**

80. Wniosek o zawarcie umowy

wniosek o zawarcie **umowy** sporządzony na udostępnionym przez nas formularzu

81. Wyczynowe uprawianie sportu

uprawianie sportu, które polega na:

- uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
- udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

82. Wypadek

gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które spełnia wszystkie poniższe kryteria:

- jest niezależne od woli i stanu zdrowia, osoby która doznała tego zdarzenia,
- jest wywołane **przyczyną zewnętrzną**, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia wypadku,
- nastąpiło w **okresie ochrony**,
- było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością.

Na potrzeby świadczeń dodatkowych uregulowanych w § 11 ust. 3, § 12 ust. 3, § 13 ust. 3, § 14 ust. 3, § 15 ust. 3, § 35 ust. 3, § 36 ust. 3, § 46 ust. 3 oraz § 47 ust. 3 tych **o.w.u.** przyjmujemy, że wypadek może mieć miejsce także przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie danego świadczenia dodatkowego.

83. Wypadek komunikacyjny

zdarzenie spełniające łącznie warunki wskazane w definicji **wypadku**, mające miejsce w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu osoba uczestnicząca w nim uległa jako:

- kierujący pojazdem w rozumieniu prawa o ruchu drogowym, motorowerem, hulajnogą elektryczną, pojazdem szynowym, statkiem wodnym, lub pasażerskim statkiem powietrznym,
- pasażer,
- rowerzysta,
- pieszy

84. Wypadek przy pracy

zdarzenie spełniające łącznie warunki wskazane w definicji **wypadku**, do którego doszło na terenie Polski w związku z łączącym **Ubezpiezonego** stosunkiem pracy, lub stosunkiem cywilnoprawnym którego przedmiotem jest świadczenie pracy, który nastąpił:

- podczas lub w związku z wykonywaniem przez **Ubezpiezonego** zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych, lub poleceń przełożonych, lub
- w czasie pozostawania **Ubezpiezonego** w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy, lub stosunku cywilnoprawnego którego przedmiotem jest świadczenie pracy przez **Ubezpiezonego**, lub
- w czasie trwania podróży służbowej

85. Zaawansowany nowotwór

rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez

patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w **okresie ochrony**. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w **okresie ochrony**, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadła po wygaśnięciu **okresu ochrony**

86. Zabieg operacyjny

leczenie chirurgiczne przeprowadzone w trakcie pobytu w **szpitalu**, według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia stanu chorobowego, określonego w dokumentacji medycznej

87. Zajęcie zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia

narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sprints wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu

88. Zawodowe uprawianie sportu

wyczynowe uprawianie sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

89. Zamieszki

demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolenia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej

90. Zaostrzenia choroby przewlekłej

nasilenie objawów chorobowych ze strony tego samego lub innego narządu lub układu, pozostające w bezpośrednim związku z **chorobą przewlekłą**, przebiegające w sposób ostry (burzliwy) i wymagające udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej

91. Zawał serca

martwica w obrębie mięśnia serca spowodowana jego niedokrwieniem

92. Zestaw teleopieki kardiologicznej

Aparat EKG wraz z ładowarką, materiały szkoleniowe i informacyjne, udostępnione **Ubezpieczonemu** w ramach teleopieki kardiologicznej

93. Zwinięcie

zamknięte uszkodzenie stawu, w którym dochodzi do przemieszczenia względem siebie powierzchni stawowych z towarzyszącym uszkodzeniem struktur wewnątrzstawowych (więzadeł, chrząstek, tkotek), uszkodzeniem naczyń krwionośnych i naciąganiem lub rozzerwaniem torebki stawowej

§ 84. SKRÓCONE NAZWY AKTÓW PRAWNYCH

W tych **o.w.u.** posługujemy się skrótowymi nazwami następujących aktów prawnych:

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. KODEKS CYWILNY – używamy skrótu: kodeks cywilny,
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. KODEKS POSTĘPOWANIA CYWILNEGO – używamy skrótu: kodeks postępowania cywilnego,
- Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. O PODATKU DOCHODOWYM OD OSÓB FIZYCZNYCH – używamy skrótu: ustawa o PIT,
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. PRAWO O RUCHU DROGOWYM – używamy skrótu: prawo o ruchu drogowym,
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII – używamy skrótu: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii,
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ – używamy skrótu: ustawa o działalności leczniczej,

- Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. PRAWO POCZTOWE – używamy skrótu: ustawa prawo pocztowe,
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ – używamy skrótu: ustawa o działalności ubezpieczeniowej,
- Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. O PRAWACH KONSUMENTA (Dz.U. z 2014 r. poz. 827 z późn. zm.) – używamy skrótu: ustawa o prawach konsumenta,
- Ustawa z dnia 23 września 2016 r. O POZASĄDOWYM ROZWIĄZYWANIU SPORÓW KONSUMENCKICH (Dz.U. z 2016 r. poz. 1823) dalej: ustawa o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich,
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) – używamy skrótu: RODO.

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Twoje Bezpieczeństwo+ zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 43/2024 i wchodzi w życie z dniem 16 marca 2024 r.

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
1.	Amputacja kończyn z powodu choroby A. Przeprowadzenie operacji amputacji co najmniej jednej kończyny wskutek choroby : a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych, b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.		✓		
2.	Anemia aplastyczna po przeprowadzeniu leczenia A. Choroba spowodowana niewydolnością szpiku kostnego, której rezultatem jest pancytopenia, czyli wystąpienie łącznie: anemii, neutropenii i trombocytopenii (obniżenia ilości wszystkich linii komórek krwi – erytrocytów, leukocytów i trombocytów). Wymagane jest potwierdzenie pancytopenii w badaniach laboratoryjnych, przedstawiienie wyniku trepanobiopsji wykazującego aplazję szpiku oraz przeprowadzenie leczenia jedną z następujących metod: a) regularne transfuzje krwi i/lub preparatów krwio pochodnych, b) przeszczep szpiku kostnego, c) leczenie immunosupresyjne, d) leczenie stymulujące odnowę szpiku kostnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: ustępującej bez leczenia anemii aplastycznej, anemii polekowej, odwracalnej aplazji szpiku, przejściowej niewydolności szpiku, aplazji szpiku wskutek zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.	✓	✓	✓	
3.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałym ubytkiem neurologicznym A. Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia szpitalnego 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.		✓		✓
4.	Bakteryjne zapalenie wsierdza A. Choroba przebiegająca z objawami infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW), która wystąpiła u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej przez lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – wystąpienia choroby u osoby z implantowaną sztuczną zastawką serca, – wystąpienia choroby jako powikłania szpitalnego.		✓		
5.	Borelioza wymagająca leczenia szpitalnego A. Choroba rozpoznana jako borelioza (kod choroby A.69.2 według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10) skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego, pod warunkiem, że jej pierwsze rozpoznanie potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego miało miejsce w okresie ochrony .		✓		
6.	Ciąkowita, nieodwracalna utrata mowy A. Ciąkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy (przy czym upływ 12 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony), która nastąpiła wskutek resekcji narządu mowy, przewlekłej choroby krtani lub uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu, niemożliwa do skorygowania, również częściowo, przez zastosowanie jakichkolwiek procedur terapeutycznych. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza otolaryngologa lub neurologa.	✓	✓	✓	✓
7.	Ciąkowita, nieodwracalna utrata słuchu A. Ciąkowita, nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.	✓	✓	✓	✓
8.	Ciąkowita, nieodwracalna utrata wzroku A. Ciąkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia obuustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji), trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza okulistę.	✓	✓	✓	✓
9.	Choroba Alzheimera z niezdolnością do samodzielnego funkcjonowania A. Przewlekła i postępująca, degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, w przebiegu której dochodzi do wystąpienia nieodwracalnych zaburzeń pamięci, funkcji poznawczych, osobowości i zachowania, oraz zmiany nastroju, a w efekcie do niezdolności do samodzielnego funkcjonowania. Rozpoznanie choroby i niezdolność do samodzielnego funkcjonowania powinny być postawione przez lekarza neurologa lub psychiatrę. B. Zakres ochrony nie obejmuje innych postaci demencji, oraz demencji wtórnej od nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.	✓	✓	✓	

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
10.	Choroba Parkinsona skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej, drżenia spoczynkowego, lub niestabilności postawy i skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji . Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).	✓	✓	✓	
11.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji . Rozpoznanie petnoobjawowej choroby powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa.	✓	✓	✓	
12.	Choroba Huntingtona (Pląsawica Huntingtona) A. Genetycznie uwarunkowana, postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego objawiająca się klinicznie zaburzeniami koordynacji ruchowej i napięcia mięśni, postępującymi zaburzeniami pamięci, osobowości, depresją, otępieniem. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa.	✓	✓	✓	
13.	Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca operacji A. Przewlekłe, nieswoiste zapalenie przewodu pokarmowego przebiegające z okresami zaostrzeń i remisji, które charakteryzuje się występowaniem odcinkowych zmian zapalnych głównie w obrębie jelita, obejmujących całą grubość jego ściany. Zmiany zapalne występować mogą we wszystkich odcinkach przewodu pokarmowego – od jamy ustnej aż do odbytnicy. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu, wymagające operacji z powodu wystąpienia jednej z następujących przyczyn: niedrożności przewodu pokarmowego, masywnego krwawienia, perforacji jelita, przetoki, ropni, stwierdzenia lub podejrzenia procesu nowotworowego, wyniszczenia organizmu. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów wyłączonej plastyki zwężeń.	✓	✓	✓	
14.	Choroba neuronu ruchowego A. Wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, potwierdzonych przez lekarza neurologa, których wspólną cechą są objawy uszkodzenia neuronów ruchowych: a) stwardnienia zanikowego bocznego (SLA), b) postępującego zaniku mięśni (PMA), c) pierwotnego stwardnienia bocznego (PLS), d) postępującego porażenia opuszkowego (PBP).		✓		
15.	Leczenie by-passem choroby tętnic obwodowych A. Przeprowadzenie operacji w celu leczenia przewlekłej choroby naczyń obwodowych, polegającej na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic obwodowych poprzez wytworzenie przepływów omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych.		✓		
16.	Ciężki paraliż dwóch lub więcej kończyn A. Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Zakres ochrony obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0-1 w skali Lovetta, stwierdzone na podstawie badania lekarza neurologa lub ocenione przez lekarza uprawnionego .		✓		✓
17.	Ciężki przypadek ziarniniaka Wegenera A. Martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych górnych i dolnych dróg oddechowych oraz nerek, wynikające z nieprawidłowej stymulacji układu odpornościowego, charakteryzujące się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał przeciwko cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (cANCA). Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki ciężkich uogólnionych postaci choroby, w których dochodzi do: ścylkowej niewydolności nerek wymagającej dializ lub ścylkowej niewydolności oddechowej wymagającej przewlekłej tlenoterapii, tj >15 h/ dobę, lub utraty wzroku, lub utraty słuchu.		✓		
18.	Cukrzyca typu I insulinozależna A. Cukrzyca insulinozależna, o etiologii autoimmunologicznej, która wymaga leczenia insuliny w sposób ciągły przez okres co najmniej trzech miesięcy (przy czym upływ 3 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza diabetologa.				✓
19.	Cukrzyca typu I insulinozależna o ciężkim przebiegu A. Choroba autoimmunologiczna o ciężkim przebiegu, w której dochodzi do bezwzględnego niedoboru insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta wysp Langerhansa trzustki, z obecnością markerów procesu autoimmunologicznego, takich jak – przeciwciała przeciw wyspowe, przeciwinśulinowe lub przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD), doprowadzająca do poważnych zaburzeń metabolicznych w postaci kwasicy ketonowej i/lub śpiączki ketonowej w okresie późniejszym niż przy pierwszej manifestacji klinicznej. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Z zakresu ochrony wyłączone jest kwasica ketonowa lub śpiączka ketonowa jako pierwszy objaw choroby u osoby bez ustalonego rozpoznania cukrzycy.		✓		

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
20.	Dur brzuszny skutkujący powikłaniami A. Ogólnoustrojowa choroba bakteryjna wywołana pałeczkami duru brzusznego (<i>Salmonella Typhi</i>), w przebiegu której występuje gorączka, bóle brzucha, znaczne wyczerpanie organizmu, rumieniowa wysypka plamisto-grudkowa a także powiększenie wątroby, śledziony i węzłów chłonnych. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki powikłanych postaci choroby, w których dochodzi do przynajmniej jednego z wymienionych: – perforacji jelita, – niedrożności, – zapalenia otrzewnej, – zapalenia nerek, – zapalenia pęcherzyka żółciowego, – zapalenia opon mózgowych, mózgu lub mięśnia serca, – posocznicy, wymagających leczenia szpitalnego.		✓		
21.	Dystrofia mięśniowa: Duchenne’a, Becker’a, obłączkowo-kończynowa A. 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 lekarza neurologa i potwierdzone wynikiem biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG).		✓		✓
22.	Głęboka śpiączka A. Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, który rozpoczął się w okresie ochrony, 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 trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, zawierającej ocenę stanu neurologicznego przy wypisie. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – śpiączki powstałej wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, środków chemicznych, – stanu śpiączki wywołanego lub przedłużanego sztucznie w celach terapeutycznych.	✓	✓	✓	✓
23.	Głębokie oparzenia skóry w wyniku wypadku A. Głębokie oparzenia skóry wymagające leczenia szpitalnego. 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.	✓	✓	✓	✓
24.	Gorączka denga o ciężkim przebiegu A. Infekcyjna choroba tropikalna wywoływana przez wirus dengi, której objawy obejmują: gorączkę, bóle głowy, mięśni i stawów oraz charakterystyczną wysypkę, i która może prowadzić do groźnych krwotoków, hipowolemii i wstrząsu. Rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone wynikiem badania mikrobiologicznego – izolacją wirusa z hodowli komórkowej, lub wykryciem kwasów nukleinowych wirusa metodą PCR, lub wykryciem antygenów wirusa, lub obecnością swoistych przeciwciał w klasie IgM. Ochroną objęta jest choroba wymagająca leczenia szpitalnego, o ciężkim przebiegu określonym jako występowanie co najmniej jednego z wymienionych: – wstrząsu hipowolemicznego, – akumulacji płynu z niewydolnością oddechową, – poważnego krwotoku, – niewydolności narządowej, do której należą: ostra niewydolność wątroby, ostra niewydolność nerek, encefalopatia lub kardiomiopatia.		✓		
25.	Gruźlica A. Wystąpienie choroby zakaźnej w postaci płucnej lub poza płucnej spowodowanej prątkiem gruźlicy (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>). Rozpoznanie choroby w okresie ochrony, musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego lub histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwpłukowego. B. Zakres ochrony nie obejmuje wystąpienia gruźlicy ze współistniejącą infekcją HIV.		✓		
26.	Kardiomiopatia A. Choroba mięśnia sercowego prowadząca do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza kardiologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej.		✓		

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
27.	Łagodny guz mózgu wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny A. Niezłśliwa 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 operacji neurochirurgicznej, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – guzów przysadki, – torbieli, – zmian naczyniowych, – krwawiaków, – ziarniniaków, – ropni, – guzów rdzenia.	✓	✓	✓	✓
28.	Łagodny guz rdzenia wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny A. Niezłśliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zlokalizowana wewnątrztrzonkowo, potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – torbieli, – ziarniniaków, – ropni, – krwawiaków, – malformacji naczyniowych, – guzów zewnątrzoponowych, – guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, – wypadnięcia krążka międzykręgowego, – zmian zwyrodnieniowych, – gruźlicy, – urazów kręgosłupa.	✓	✓	✓	✓
29.	Malaria o ciężkim przebiegu A. Ostra lub przewlekła choroba zakaźna wywołana przez wewnątrzkomórkowego pierwotniaka z gatunku zarodźców (Plasmodium) objawiająca się dreszczami i wysoką gorączką oraz towarzyszącymi dolegliwościami, do których należą: bóle głowy, mięśni, nudności, wymioty, biegunka, duszność, zaburzenia neurologiczne. Rozpoznanie postawione na podstawie objawów klinicznych musi być potwierdzone wynikiem jednego z poniższych badań wskazujących na: – obecność zarodźców malarii w rozmazach krwi (technika Giemzy), – obecność kwasów nukleinowych Plasmodium spp. we krwi (m.in. techniką PCR, NAT, reakcją NASBA, LAMP), – obecność antygenu Plasmodium spp. (test immunologiczny RDTs). Zakres ochrony obejmuje przypadki wymagające leczenia szpitalnego, o ciężkim przebiegu manifestującym się pod jedną z niżej wymienionych postaci: ostrej niewydolności nerek, kwasicy z objawami ciężkiej niewydolności oddechowej, zaburzeń świadomości lub śpiączki w przebiegu niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego lub mózgowej postaci malarii, obrzęku płuc, wstrząsu, hipoglikemii, ciężkiej niedokrwistości, skazy krwotocznej, żółtaczki, hyperparazytemii, niewydolności wielonarządowej.		✓		
30.	Mukowiscydoza A. Choroba genetyczna charakteryzująca się produkcją nadmiernie lepkiego śluzu, co doprowadza do zaburzeń we wszystkich narządach posiadających gruczoły śluzowe, a w efekcie do przewlekłej choroby oskrzelowo-płucnej i niewydolności oddechowej, niewydolności enzymatycznej trzustki z zaburzeniami trawienia i wchłaniania. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza na podstawie typowego obrazu klinicznego choroby i wyniku jednego z potwierdzających badań: – mutacji w obu allelach genu CTFR (delta F 508), – dodatni wynik testu potowego (Cl⁻ >60 mmol/l) w co najmniej dwóch badaniach, – duża wartość przezbłonowej różnicy potencjałów.		✓		✓
31.	Nabyta niedokrwistość hemolityczna A. Heterogenna grupa chorób cechujących się nieprawidłowym przedwczesnym rozpadem erytrocytów, przebiegających z objawami niedokrwistości i żółtaczki, a w trakcie intensywnej hemolizy z powiększeniem śledziony i wątroby. Zakres ochrony obejmuje wystąpienie choroby wyłącznie w postaci nabytej, spowodowanej przez czynniki immunologiczne lub nieimmunologiczne, która wymaga leczenia szpitalnego z zastosowaniem leków immunosupresyjnych, przeciwciał monoklonalnych, przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych, plazmaferezy lub usunięcia śledziony. B. Zakres ochrony nie obejmuje reakcji hemolitycznej po przetoczeniu krwi.		✓		
32.	Nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) skutkujące trwałym kalectwem A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez wirusy polio, występująca w postaci porażennej (rdzeniowej lub opuszkowej) prowadząca do trwałego kalectwa, tj.: a) niezdolności do samodzielnej egzystencji – w odniesieniu do dziecka, które ukończyło 16 rok życia, lub b) upośledzenia wykonywania czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój – w odniesieniu do dziecka, które nie ukończyło 16 roku życia.				✓

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
33.	Nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami A. Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Zakres ochrony obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadła po wygaśnięciu okresu ochrony. 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 1B w klasyfikacji TNM).				✓
34.	Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym A. Ostra choroba zapalna mózgu o etiologii wirusowej, do powstania której doszło wskutek zakażenia przenieszonego przez kleszcza, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego, oraz wymagająca leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.		✓		✓
35.	Operacja usunięcia bąblowca mózgu A. Przeprowadzenie operacji usunięcia zmiany w mózgu, potwierdzonej rozpoznaniem histopatologicznym jako bąblowiec mózgu (z obecnością larw typu echinococcus).		✓		
36.	Operacja usunięcia ropnia mózgu A. Przeprowadzenie operacji usunięcia zmiany w mózgu, potwierdzonej rozpoznaniem histopatologicznym jako ropień mózgu.		✓		
37.	Operacja wymiany zastawki na otwartym sercu A. Przeprowadzenie operacji na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegającej na wymianie jednej lub więcej zastawek serca. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie operację wszczepiania sztucznych zastawek serca. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów naprawczych zastawek, – zabiegów polegających na wymianie wszczepionej wcześniej zastawki, wymianie zastawki bez otwierania klatki piersiowej (przezskórne wszczepienie zastawki).	✓	✓		
38.	Ostra niewydolność wątroby A. Występowanie klinicznych objawów ostrej niewydolności miąższu wątroby, które rozpoczęły się w okresie ochrony, będące wyrazem gwałtownego pogorszenia jej funkcji, prowadzące do encefalopatii i zaburzeń krzepnięcia u osoby bez istniejącej wcześniej choroby wątroby. Zakres ochrony obejmuje przypadki spełniające łącznie wszystkie poniższe kryteria: a) brak stwierdzenia wcześniej choroby wątroby, b) niewydolność wątroby trwająca przed zdiagnozowaniem ostrej niewydolności nie dłużej niż 6 miesięcy od początku objawów choroby, c) encefalopatia wątrobowa ujawniona w okresie krótszym niż 6 miesięcy od początku objawów choroby, d) zaburzenia w układzie krzepnięcia krwi, przy wskaźniku INR$\geq$1,5. B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.		✓		
39.	Ostry zawał serca A. Martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem, ze współistniejącym i udokumentowanym wzrostem lub spadkiem stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego we krwi (troponiny sercowej cTn) z przynajmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnych, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych dowodów na niedokrwienie mięśnia sercowego: a) objawy kliniczne niedokrwienia serca, b) nowe niedokrwienne zmiany w elektrokardiogramie, c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie, d) nowy ubytek żywego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych, e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub nacięciem, – przypadków, w których brak wskazania do pilnego leczenia szpitalnego.	✓	✓		
40.	Otwarta operacja aorty brzusznej A. Przeprowadzenie operacji aorty w odcinku brzusznej, w celu leczenia zagrażającej życiu choroby naczyniowej: tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów operacyjnych w obrębie odgałęzień aorty, – zabiegów operacyjnych polegających na naprawie naczynia lub wprowadzeniu stentu do aorty bez otwierania jamy brzusznej.	✓	✓		

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
41.	Otwarta operacja aorty piersiowej A. Przeprowadzenie operacji aorty w odcinku piersiowym, w celu leczenia zagrażającej życiu choroby naczyniowej: tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów operacyjnych w obrębie odgałęzień aorty, – zabiegów operacyjnych polegających na naprawie naczynia lub wprowadzeniu stentu do aorty bez otwarcia klatki piersiowej.	✓	✓		
42.	Pierwotne nadciśnienie płucne A. Choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wykrzepiania krwi, objawiająca się klinicznie niewydolnością serca i skutkująca trwałą utratą zdolności do wysiłku co najmniej III stopnia wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza kardiologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego od jakiegokolwiek innej przyczyny.		✓		
43.	Pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych na otwartym sercu A. Przeprowadzenie operacji w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, wymagającej otwarcia klatki piersiowej, polegającej na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przepływów omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych. B. Zakres ochrony nie obejmuje operacji na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.	✓	✓		
44.	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. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie posocznice o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrych zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagającą leczenia szpitalnego.		✓		✓
45.	Postępujące porażenie nadjądrowe skutkujące niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Choroba charakteryzująca się postępującym zanikiem, glejozą (przerostem, rozrostem tkanki glejowej) i zwyrodnieniem komórek mózgowia, objawiająca się klinicznie: sztywnością mięśniową, spowolnieniem ruchowym, zaburzeniami ruchomości gałek ocznych, zespołem psychoorganicznym o charakterze demencji, ze spowolnieniem intelektualnym, zaburzeniami płynności mowy lub trudnościami z wykonaniem złożonych czynności i skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji . Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa.		✓		
46.	Powiktana postać schistosomatozy (bilharczoza) A. Przewlekła choroba pasożytnicza, wywoływana przez przywry krwi z rodzaju Schistosoma. Rozpoznanie potwierdzone wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego lub histopatologicznego. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki powiktanych postaci choroby, w których dochodzi do wtórnienia płuc i rozwoju serca płucnego lub do zajęcia ośrodkowego układu nerwowego skutkującego wystąpieniem porażień, które wymagają leczenia szpitalnego.		✓		
47.	Przeszczep serca, wątroby, trzustki, płuca, szpiku kostnego 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 liście osób oczekujących na przeszczep, prowadzonej w państwie, w którym Ubezpieczony oczekuje na przeszczep (przez uprawniony do tego organ, na podstawie obowiązujących przepisów prawa), powinno być potwierdzone dokumentacją medyczną. B. Zakres ochrony nie obejmuje przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.	✓	✓	✓	✓
48.	Przeszczep tętnicy płucnej na otwartym sercu A. Przeprowadzenie operacji na otwartym sercu, w celu leczenia choroby lub urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej, polegająca na wycięciu części tętnicy i zastąpieniu jej przeszczepem. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicy płucnej wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.		✓		

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
49.	Przewlekła niewydolność oddechowa A. Potwierdzona przez lekarza pulmonologa przewlekła choroba płuc skutkująca znacznym obniżeniem wydolności oddechowej. Wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków: a) konieczność przewlekłej tlenoterapii, tj. >15 h/ dobę przez minimum 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony), b) objawy kliniczne i wyniki badań wskazujące na niewydolność oddechową. Zakres ochrony obejmuje przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, pozapalne zwłóknienie i marskość płuc, pylicę płuc, samoistne włóknienie płuc. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – astmy, – mukowiscydozy, – przewlekłej niewydolności serca, – przewlekłej zatorowości płucnej, – wad serca i dużych naczyń, – chorób układu nerwowego, – nowotworów, – zmian anatomicznych i pourazowych, – zespołu ostrej niewydolności oddechowej z każdej przyczyny.		✓		
50.	Przewlekła niewydolność nerek A. Przewlekła niewydolność nerek, która rozpoczęła się w okresie ochrony, spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i skutkująca regularnymi dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy lub przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza nefrologa; kwalifikacja do przeszczepu powinna być dokonana przez lekarza specjalistę z ośrodka kwalifikującego do przeszczepów.	✓	✓	✓	✓
51.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B A. Przewlekłe, trwające ponad 6 miesięcy wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW typu B), które rozpoczęło się w okresie ochrony i zostało wywołane zakażeniem wirusem HBV, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów: – utrzymywanie się na podwyższonym poziomie wartości ALAT stale lub okresowo przez okres ponad 6 miesięcy, – obecność AgHBs (+) przez okres ponad 6 miesięcy, – obecność DNA HBV w surowicy >2 000 IU/ml, – wynik biopsji wątroby potwierdzający obecność przewlekłych zmian martwiczo-zapalnych lub ich potwierdzenie wynikiem badania elastograficznego lub serologicznych markerów włóknienia.		✓		
52.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C A. Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C), które rozpoczęło się w okresie ochrony, wywołane zakażeniem wirusem HCV, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów: – utrzymywanie się na podwyższonym poziomie wartości ALAT i ASPAT stale lub okresowo przez okres ponad 6 miesięcy, – stwierdzenie obecności HCV RNA (+) przez okres ponad 6 miesięcy, – kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci co najmniej jednego z następujących objawów: żółtaczki, powiększenia wątroby, wodobrzusza.		✓		
53.	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 łącznie występowanie jest konieczne do uznania roszczenia: a) utrwalona żółtaczka, b) wodobrzusze, c) encefalopatia wątrobowa. B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.	✓	✓	✓	✓
54.	Stwardnienie rozsiane skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym A. Przewlekła nieuleczalna choroba centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym, w przebiegu której dochodzi do powstania rozszanych ognisk demielinizacji w mózgu, rdzeniu kręgowym, przebiegająca z okresami zaostrzeń i poprawy lub postępująco, skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym, której pierwszy rzut (epizod typowy dla „ostrej zmiany demielinizacyjnej” ośrodkowego układu nerwowego) miał miejsce w okresie ochrony. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa na podstawie danych klinicznych i wyników badania metodą rezonansu magnetycznego (NMR) oraz, jeżeli było wykonane, na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego lub badania potencjałów wywołanych.	✓	✓	✓	✓
55.	Tężec o ciężkim przebiegu A. Ostro choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej.		✓		✓

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
56.	Toczeń rumieniowaty układowy o ciężkim przebiegu A. Choroba autoimmunologiczna, doprowadzająca do procesu zapalnego i w konsekwencji do uszkodzenia wielu tkanek i narządów, najczęściej obejmującego skórę, nerki, stawy, układ krwiotwórczy i nerwowy, przebiegająca postępująco, z okresami zaostrzeń i remisji, a w rozumieniu tej definicji doprowadzająca do utrwalonej niewydolności nerek lub skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza reumatologa i potwierdzone zmianami w nerkach skutkującymi utrzymującą się proteinurią (białkomocz) lub hematurią (krwiomocz) i stałym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę lub występowaniem trwałego ubytku neurologicznego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – tocznia polekowego, – innych form choroby bez towarzyszącej nefropatii lub trwałego ubytku neurologicznego.		✓		
57.	Twardzina układowa (sklerodermia) o ciężkim przebiegu A. Przewlekła autoimmunologiczna choroba tkanki łącznej, powodująca wzmożone napięcie i stwardnienie skóry (zmiany w układzie naczyniowym, kostnym, mięśniowym oraz narządach wewnętrznych) oraz uszkodzenie narządów wewnętrznych, w tym płuc i serca. Zakres ochrony obejmuje wystąpienie twardziny układowej uogólnionej, z rozległymi zmianami skórnymi i zajęciem procesem chorobowym płuc, serca lub nerek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza reumatologa lub dermatologa i potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – twardziny układowej ograniczonej, miejscowej (akrosklerodermia, morphea), w tym zespołu CREST, – zespołów twardzinopodobnych w przebiegu chorób metabolicznych, eozynofilowego zapalenia powięzi, obrzęku stwardniałego, keloidu.	✓	✓	✓	
58.	Udar mózgu skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym A. Nagłe uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia – wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, w tym krwotoku podopajczyńkowego na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego, skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR). B. Zakres ochrony nie obejmuje: – napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego, – udaru niepozostawiającego trwałego ubytku neurologicznego w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego, – uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.	✓	✓		
59.	Wrzodzące zapalenie jelita grubego wymagające całkowitej kolektomii A. Przewlekłe nieswoiste zapalenie jelita prowadzące do zniszczenia jego błony śluzowej, występujące w obrębie jelita grubego, przebiegające w postaci ostrych rzutów przedzielonych okresami remisji. Rozpoznanie powinno zostać postawione na podstawie wyników badań endoskopowych i potwierdzone przez patomorfologa oceną mikroskopową wycinka pobranego z zajętego procesem zapalnym jelita. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu wymagające usunięcia całego jelita grubego (całkowitej kolektomii, proktokolektomii).		✓		
60.	Wścieklizna o ciężkim przebiegu A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez wirusa wścieklizny (rabies virus RABV) przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, i wymagająca leczenia szpitalnego. Warunkiem uznania roszczenia jest wystąpienie zakażenia w okresie ochrony potwierdzonego w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.	✓	✓	✓	✓
61.	Zaawansowany nowotwór A. Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadła po wygaśnięciu okresu ochrony. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zespołów mielodysplastycznych, – nowotworów mieloproliferacyjnych z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej, – nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych, – zmian przednowotworowych, – nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis), – dysplazji dużego stopnia, – środnabłonkowej neoplazji szyjkowej (CIN 1,2, 3), – guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości, – brodawkowego mikro-raka tarczycy, – raka pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowy) i T1 – wg klasyfikacji TNM, – raka gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6), – nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM, – nowotworów współistniejących z infekcją HIV.	✓	✓		
62.	Zapalenie mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym A. Ostra choroba zapalna mózgu, wymagająca leczenia szpitalnego, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.		✓		✓

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
63.	Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji A. Zakażenie, które wystąpiło u osoby niechorującej na hemofilię, które zostało spowodowane przetoczeniem na terytorium Polski zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie przypadki przeprowadzenia transfuzji, w wyniku której doszło do zakażenia w okresie ochrony i nastąpienie serokonwersji w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.	✓	✓	✓	✓
64.	Zabieg usunięcia zakażonej martwicy trzustki A. Przeprowadzenie operacji otwarcia jamy brzusznej (laparotomii) i usunięcia martwiczych tkanek około-trzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Rozpoznanie choroby i dokonanie operacji w okresie ochrony powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków nieskutkujących usunięciem martwiczych tkanek (laparotomia zwiadowcza).		✓		
65.	Zatorowość płucna wymagająca leczenia szpitalnego A. Nagłe zatkanie światła pnia tętnicy płucnej lub jej odgałęzień w wyniku przemieszczenia materiału zatorowego z żył obwodowych lub jam prawego serca, skutkujące przerwaniem napływu krwi do miąższu płuca, wymagające leczenia szpitalnego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania scyntygrafii perfuzyjnej płuc lub spiralną tomografią komputerową klatki piersiowej, lub łącznie: badaniami diagnostycznymi (ECHO serca, EKG), laboratoryjnymi (gazometria) i typowym zespołem objawów klinicznych potwierdzonych przez lekarza prowadzącego i opisanych w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.		✓		
66.	Zespół apalityczny (stan wegetatywny) A. Uogólniona trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej przy zachowanej funkcji pnia mózgu, utrzymująca się przez co najmniej jeden miesiąc (przy czym upływ 1 miesiąca nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa w oparciu o dokumentację medyczną.		✓		
67.	Zespół Devica A. Choroba o charakterze demielinizacyjnym i martwicznym z klinicznie i radiologicznie potwierdzonym w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego zapaleniem nerwu II i poprzecznym zapaleniem rdzenia kręgowego. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa.		✓		
68.	Zgorzeł gazowa wymagająca leczenia szpitalnego A. Wystąpienie ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie – laseczki zgorzeli gazowej, wymagającego leczenia szpitalnego.		✓		

POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA

CHOROBY UPRAWNIAJĄCE DO POWTÓRNEJ OPINII MEDYCZNEJ

1. **Choroba Alzheimera z niezdolnością do samodzielnego funkcjonowania**
 A. Przewlekła i postępująca, degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, w przebiegu której dochodzi do wystąpienia nieodwracalnych zaburzeń pamięci, funkcji poznawczych, osobowości i zachowania, oraz zmiany nastroju, a w efekcie do niezdolności do samodzielnego funkcjonowania. Rozpoznanie choroby i niezdolność do samodzielnego funkcjonowania powinny być postawione przez lekarza neurologa lub psychiatrę.
 B. Zakres ochrony nie obejmuje innych postaci demencji, oraz demencji wtórnej od nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.
2. **Choroba aorty piersiowej lub brzusznej wymagająca przeprowadzenia leczenia kardiochirurgicznego**
 A. Tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty piersiowej lub brzusznej, które wymaga przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej.
 B. Zakres ochrony nie obejmuje operacji odgałęzień aorty.
3. **Choroba wieńcowa serca wymagająca leczenia kardiochirurgicznego (by-pass)**
 A. Choroba wieńcowa serca powodująca zwężenie lub zamknięcie co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wymagająca zgodnie z oceną lekarza kardiologa lub kardiochirurga wytworzenia przepływów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych.
4. **Choroba Parkinsona skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji**
 A. Samoistna postępująca choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącą do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej, drżenia spoczynkowego, lub niestabilności postawy i skutkująca **niezdolnością do samodzielnej egzystencji**. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa.
 B. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).
5. **Dystrofia mięśniowa: Duchenne’a, Becker’a, obręczowo-kończynowa**
 A. 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 lekarza neurologa i potwierdzone wynikiem biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG).
6. **Nieżłośliwy guz mózgu**
 A. Łagodny histologicznie guz wewnątrzczaszkowy, powodujący uszkodzenie mózgu, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący **trwały ubytek neurologiczny**. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza neurologa lub neurochirurga.
 B. Zakres ochrony nie obejmuje: nowotworów złośliwych, guzów przysadki, torbieli, zmian naczyniowych, krwaków, ziarniniaków, ropni, guzów rdzenia.
7. **Nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami**
 A. Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w **okresie ochrony**. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Zakres ochrony obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w **okresie ochrony**, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadła po wygaśnięciu **okresu ochrony**.
 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 1B w klasyfikacji TNM).
8. **Przewlekła niewydolność nerek**
 A. Przewlekła niewydolność nerek, która rozpoczęła się w **okresie ochrony**, spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i skutkująca mocznicą, wymagająca regularnych dializ przez okres co najmniej 3 miesięcy lub przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza nefrologa; kwalifikacja do przeszczepu powinna być dokonana przez lekarza specjalistę z ośrodka kwalifikującego do przeszczepów.
9. **Schyłkowa niewydolność narządu**
 A. Schyłkowa niewydolność narządu (narządów) wymagająca przeprowadzenia operacji przeszczepienia. Dotyczy: serca, płuca, nerki, wątroby lub jej części, trzustki, szpiku kostnego.
10. **Stwardnienie rozsiane skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym**
 A. Przewlekła nieuleczalna choroba centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym, w przebiegu której dochodzi do powstania rozsianych ognisk demielinizacji w mózgu, rdzeniu kręgowym, przebiegająca z okresami zaostrzeń i poprawy lub postępująco, skutkująca **trwałym ubytkiem neurologicznym**, której pierwszy rzut (epizod typowy dla „ostrej zmiany demielinizacyjnej” ośrodkowego układu nerwowego) miał miejsce w **okresie ochrony**. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa na podstawie danych klinicznych i wyników badania metodą rezonansu magnetycznego (NMR) oraz, jeżeli było wykonane, na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego lub badania potencjałów wywołanych.
11. **Udar mózgu skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym**
 A. Nagłe uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia – wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, w tym krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego, skutkujące **trwałym ubytkiem neurologicznym**. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR).
 B. Zakres ochrony nie obejmuje:
 – napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego,
 – udaru niepozostawiającego **trwałego ubytku neurologicznego** w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego,
 – uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.

-
12. **Utrata wzroku**
A. Nieodwracalna obuoczna utrata ostrości wzroku powyżej 50% lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20 stopni, potwierdzone specjalistycznym badaniem okulistycznym.
B. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków utraty wzroku poddającej się korekcji.
-
13. **Wada zastawki serca/zastawek serca wymagająca leczenia operacyjnego**
A. Choroba serca, która zgodnie z zaleceniem lekarza kardiologa/kardiochirurga wymaga operacji jednej lub więcej zastawek.
-
14. **Wady układu mięśniowo-szkieletowego powstałe wskutek wypadku lub chorób wymienionych w pkt 1-13**
A. Wady powstałe wskutek **wypadku** lub chorób wymienionych w pkt 1-13 powyżej, uniemożliwiające wykonywanie przynajmniej jednej z niżej wymienionych czynności:
a) kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej,
b) ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się – bez konieczności pomocy drugiej osoby,
c) mycie i toaletę – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem i higieną osobistą – bez konieczności pomocy drugiej osoby,
d) jedzenie – wszystkie czynności związane z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków.
-

LECZENIE UBEZPIECZONEGO W ZAKRESIE CHIRURGII JEDNEGO DNIA

ZABIEGI CHIRURGII JEDNEGO DNIA

1.	Operacje przepuklin:
a.	operacja przepukliny pachwinowej jednostronnej
b.	operacja przepukliny pachwinowej obustronnej
c.	operacja przepukliny mosznowej jednostronnej
d.	operacja przepukliny mosznowej obustronnej
e.	operacja przepukliny z zastosowaniem siatki polipropylenowej
f.	operacja przepukliny pępkowej
g.	operacja przepukliny w kresie białej
h.	operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej
i.	operacje innych przepuklin przedniej ściany brzucha
j.	operacje przepukliny udowej
2.	Operacje torbieli:
a.	usunięcie torbieli najądrza
b.	usunięcie torbieli włosowatej okolicy krzyżowej
c.	usunięcie torbieli wątroby
d.	usunięcie torbieli nerki
e.	usuwanie torbieli i brodawczaków w zakresie gardła i jamy ustnej
3.	Operacje żylaków kończyn dolnych:
a.	operacja żylaków kończyn dolnych metodą laserową
b.	operacja żylaków kończyn dolnych metodą klasyczną – chirurgiczne wycięcie, stripping
4.	Operacje wyrostka robaczkowego i pęcherza żółciowego:
a.	wycięcie wyrostka robaczkowego metodą klasyczną
b.	wycięcie wyrostka robaczkowego metodą laparoskopową
c.	wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną
d.	wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową (cholecystectomy)
5.	Operacje odbytnicy i okolic odbytu:
a.	operacja żylaków odbytu metodą klasyczną (sposobem Milligan-Morgan)
b.	operacja żylaków odbytu metodą LONGO
c.	operacja szczeliny odbytu
d.	operacja przetoki odbytu
6.	Operacje jąder, najądrzy, powrózka nasiennego i pęcherza moczowego:
a.	operacja wodniaka jądra, powrózka nasiennego
b.	wycięcie jądra lub najądrza
c.	operacja stulejki
d.	laparoskopowa operacja żylaków powrózka nasiennego

e.	klasyczna operacja żylaków powrózka nasiennego
f.	rozszerzenie i kalibracja cewki moczowej
7.	Operacje stawów:
a.	artroskopia stawu kolanowego
b.	chirurgiczne otwarcie stawu kolanowego
c.	rekonstrukcja więzadeł pobocznych lub krzyżowych stawu kolanowego
d.	artroskopowe wycięcie błony maziowej
e.	artroskopowy szew tkanki
f.	operacja stawu obojczykowo-barkowego
g.	artroskopia stawu barkowego
h.	otwarte nastawienie zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego
i.	artroskopowe operacyjne nastawienie zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego
j.	artroskopia stawu skokowego
8.	Operacje otolaryngologiczne:
a.	chirurgiczna operacja zatoki szczękowej
b.	endoskopowa operacja zatoki szczękowej
c.	polipektomia nosa
d.	septoplastyka nosa
e.	usunięcie migdałka gardłowego (adenectomy)
f.	usunięcie migdałków podniebiennych (tonsillectomy)
g.	przycięcie migdałków podniebiennych (tonsillotomy)
h.	usunięcie migdałka gardłowego i przycięcie migdałków podniebiennych (adenotonsillotomy)
i.	usunięcie ślinianki podżuchwowej
j.	usunięcie ślinianki przyusznej
9.	Operacje z zakresu chirurgii ręki:
a.	odroczone szycie ścięgna ręki
b.	uwolnienie kanału nadgarstka
c.	wycięcie ganglionu nadgarstka
d.	uwolnienie przykurczu Dupuytren'a
e.	uwolnienie i transpozycja nerwu łokciowego
10.	Operacje z zakresu ginekologii:
a.	operacyjne usunięcie przydatków
b.	laparoskopowe usunięcie przydatków
c.	konizacja szyjki macicy
d.	nacięcie gruczołu Bartholina wraz z marsupializacją

e.	wytuszczenie gruczołu Bartholina
f.	usuwanie polipów narządu rodnego
g.	chirurgiczne usunięcie kłykcin narządu rodnego
h.	histeroskopowe usunięcie polipa
i.	wytuszczenie mięśniaków macicy metodą laparoskopową
j.	wytuszczenie mięśniaków macicy metodą klasyczną
k.	histeroskopowe usunięcia mięśniaka
l.	operacyjne i laparoskopowe usunięcie jajnika
ł.	laparoskopowe usunięcie torbieli jajnika
m.	wyżeczkowanie frakcjonowane kanału szyjki i jamy macicy

11.	Operacje z zakresu okulistyki:
a.	operacja gradówki
b.	operacja kępek żółtych
c.	wycięcie cysty spojówki
d.	operacje brodawek powiek
e.	operacja usunięcia zaćmy
12.	Inne operacje:
a.	usunięcie materiału zespalającego z kości
b.	wycięcie ganglionu dołu podkolanowego
c.	wycięcie kaletki tokiowej lub kolanowej

ZABIEGI OPERACYJNE UBEZPIECZONEGO

ZABIEGI OPERACYJNE	KATEGORIA
I. ZABIEGI OPERACYJNE NA UKŁADZIE NERWOWYM	
1. Zabieg wycięcia tkanek mózgu lub pnia mózgu	D
2. Inne zabiegi operacyjne na czaszce, mózgu i oponach mózgowych	C
3. Zabiegi operacyjne na rdzeniu kręgowym i strukturach kanatu kręgowego	B
4. Zabiegi operacyjne na nerwach czaszkowych i obwodowych	B
5. Zabiegi operacyjne na nerwach sympatycznych lub zwojach nerwowych	B
II. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO	
1. Zabiegi operacyjne tarczycy i przytarczyc	B
2. Zabiegi operacyjne w zakresie innych gruczołów dokrewnych	C
III. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE OKA	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie powiek, z wyjątkiem zabiegów rekonstrukcyjnych wymienionych w ppkt. 2 i 11	A
2. Zabieg operacyjny rekonstrukcji powiek	B
3. Zabiegi operacyjne w zakresie układu łzowego	A
4. Zabiegi operacyjne w zakresie spojówki	A
5. Zabiegi operacyjne w zakresie rogówki	A
6. Zabiegi operacyjne w zakresie tęczówki, ciała rzęskowego, twardówki i komory przedniej oka	B
7. Zabiegi operacyjne w zakresie soczewki	B
8. Zabiegi operacyjne w zakresie siatkówki, naczyńówki, ciała szklistego i tylnej komory oka	B
9. Zabiegi operacyjne w zakresie mięśni okoruchowych	A
10. Zabiegi operacyjne w zakresie gałek ocznych	B
11. Zabieg operacyjny rekonstrukcji oczodołu i aparatu ochronnego oka z wyjątkiem zabiegu operacyjnego rekonstrukcji powiek	D
IV. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UCHA	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha zewnętrznego	A
2. Zabiegi rekonstrukcyjne i inne zabiegi operacyjne w zakresie ucha środkowego	B
3. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha wewnętrznego	C
V. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE NOSA, JAMY USTNEJ, GARDŁA I TWARZOCZASZKI	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła, z wyjątkiem zabiegów wymienionych w ppkt. 4 i 5	A
2. Zabiegi operacyjne w zakresie zatok obocznych nosa, z wyjątkiem punkcji	B
3. Zabiegi operacyjne w zakresie ślinianek i przewodów ślinowych	B
4. Zabiegi rekonstrukcyjne w obrębie twarzoczaszki (w tym z elementami neurochirurgii podstawy czaszki), w zakresie nosa (tylko pełne odtworzenie), szczęki, żuchwy	D
5. Zabiegi rekonstrukcyjne języka i podniebienia twardego	C
VI. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU ODDECHOWEGO	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych w zakresie krtani i tchawicy	C
2. Zabiegi operacyjne w zakresie krtani i tchawicy, z wyłączeniem tracheotomii	B
3. Zabieg operacyjny odmy opłucnej, stałej tracheotomii	A
4. Zabieg operacyjny przeszczepu płuc	D
VII. ZABIEGI OPERACYJNE NA UKŁADZIE SERCOWO-NACZYNIOWYM	
1. Zabiegi operacyjne na układzie sercowo-naczyniowym, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych wymienionych w ppkt. 2-4	C

ZABIEGI OPERACYJNE	KATEGORIA
2. Zabiegi operacyjne podwiązania i wycięcia żyłaków	A
3. Zabiegowe leczenie tętniaków pourazowych, naczynek, przetok tętniczo-żylnych	B
4. Zabieg operacyjny przeszczepu serca	D
VIII. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I LIMFATYCZNEGO	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego, z wykluczeniem biopsji szpiku	A
2. Zabiegi operacyjne rekonstrukcyjne układu limfatycznego	B
IX. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU TRAWIENNEGO	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu trawienno, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych wymienionych w ppkt. 2- 5	B
2. Zabiegi operacyjne na wyrostku robaczkowym	A
3. Zabiegi operacyjne odbytu	A
4. Zabiegi operacyjne naprawcze przepuklin	A
5. Zabiegi operacyjne przeszczepu trzustki, wątroby, jelita	D
X. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU MOCZOWEGO	
1. Zabiegi operacyjne nerki, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego wymienionego w ppkt. 2	B
2. Zabieg operacyjny przeszczepu nerki	D
3. Zabiegi operacyjne moczowodu	B
4. Zabiegi operacyjne cewki moczowej z wyłączeniem zwężania ujścia zewnętrznego cewki moczowej	B
5. Zabiegi operacyjne stulejki i zwężenia ujścia zewnętrznego cewki moczowej	A
6. Zabiegi operacyjne odtwórcze pęcherza moczowego	C
7. Inne zabiegi operacyjne w obrębie układu moczowego	A
XI. ZABIEGI OPERACYJNE I OPERACJE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH	
1. Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych	A
2. Zabiegi operacyjne spodziectwa	B
XII. ZABIEGI OPERACYJNE I OPERACJE GINEKOLOGICZNE	
1. Zabiegi operacyjne żeńskich narządów płciowych	A
2. Zabiegi operacyjne dotyczące macicy z naruszeniem ciągłości pełnej grubości ściany trzonu macicy	B
3. Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy	B
4. Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy z przydatkami	C
XIII. ZABIEGI POŁOŻNICZE	
1. Zabiegi położnicze, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego cięcia cesarskiego	A
2. Rozwiązanie ciąży mnogiej przez cięcie cesarskie	A
XIV. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO I ZABIEGI OPERACYJNE NA WIĘZADŁACH	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego (w tym zabiegi w zakresie kręgosłupa i krążka międzykręgowego) i zabiegi na więzadłach, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych wymienionych w ppkt. 3, 4 i 6	B
2. Zabiegi operacyjne wyłączenie na tkankach miękkich poza więzadłami	A
3. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i więzadeł dłoni i stóp	A
4. Przeszkórna laserowa dekompresja krążka międzykręgowego	A
5. Zabiegi operacyjne kończyn wymagające łącznie przeszczepu mięśni, ścięgien, mikrochirurgii naczyń i nerwów	D
6. Zabiegi operacyjne replantacji w obrębie kończyn z wyjątkiem palców (zastosowanie mikrochirurgii)	D
XV. ZABIEGI OPERACYJNE NA POWŁOKACH CIAŁA	
1. Zabiegi operacyjne na powłokach ciała, z wyłączeniem zabiegów w zakresie skóry i tkanki podskórnej	A
2. Mastektomia	B

WYSTĄPIENIE U UBEZPIECZONEGO POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH

RODZAJ PRZEPROWADZANEGO ZABIEGU OPERACYJNEGO	POWIKŁANIE POOPERACYJNE BĘDĄCE NASTĘPSTWEM PRZEPROWADZANEGO ZABIEGU OPERACYJNEGO	KATEGORIA POWIKŁANIA
Operacja usunięcia przepukliny brzusznej – zabieg operacyjny przeprowadzany metodą klasyczną lub laparoskopową, mający na celu usunięcie istniejącego worka przepukliny	• usunięcie jądra • przecięcie tętnicy jądrowej • uszkodzenie tętnicy udowej • obrzęk niedokrwienno kończyny • pełnościenne uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego • pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego	A A A A A A
Usunięcie tarczycy – zabieg operacyjny polegający na całkowitym lub częściowym usunięciu gruczołu	• porażenie jednej lub obu strun głosowych powodujące trwającą powyżej trzech miesięcy dysfunkcję narządu głosu	B
Usunięcie żyłaków kończyn dolnych – zabieg operacyjny polegający na usunięciu żyłakowato zmienionych żył powierzchownych kończyn dolnych	• utrzymujące się powyżej trzech miesięcy uszkodzenie tętnicy udowej z upośledzeniem ukrwienia kończyny • utrzymujące się powyżej trzech miesięcy objawy uszkodzenia nerwu strzałkowego	B B
Usunięcie żyłaków odbytu – zabieg operacyjny polegający na usunięciu żyłakowato zmienionych żył okolicy odbytu	• nietrzymanie stolca	B
Zabiegi operacyjne przeprowadzane na jelicie grubym	• pełnościenne uszkodzenie moczowodu • pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego • całkowite rozejście się rany pooperacyjnej z wypadnięciem trzewi • rozejście się zespolenia jelitowego • wyłonięcie sztucznego odbytu • pełnościenne uszkodzenie ściany dwunastnicy	A A B B B A
Zabiegi operacyjne przeprowadzone w zakresie jamy brzusznej	• jatrogenne usunięcie śledziony • uszkodzenie dróg żółciowych z założeniem drenażu	A A
Usunięcie tętniaka tętnicy głównej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu nieprawidłowo zmienionego odcinka ściany tętnicy	• martwica jelita z założeniem sztucznego odbytu • niedokrwienne uszkodzenie rdzenia kręgowego wraz z wystąpieniem utrzymujących się powyżej trzech miesięcy niedowładem lub porażeniem kończyny dolnej	B B
Operacyjne leczenie kamicy układu moczowego – zabieg operacyjny polegający na chirurgicznym usunięciu złogu z nerki lub dróg moczowych	• uszkodzenie tętnicy nerkowej • uszkodzenie moczowodu z przetoką moczową	B B
Operacyjne usunięcie gruczolaka stercza – zabieg operacyjny polegający na usunięciu gruczolaka stercza poprzez powłoki brzuszne	• nietrzymanie moczu (nie dotyczy następstw radykalnego usunięcia stercza), utrzymujące się powyżej trzech miesięcy	A
Elektroresekcja gruczolaka stercza – endoskopowy zabieg operacyjny , polegający na chirurgicznym usunięciu części gruczołu przy użyciu energii elektrycznej	• pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego	A
Usunięcie macicy, usunięcie przydatków, usunięcie mięśniaków macicy – zabieg operacyjny polegający na usunięciu macicy, przydatków lub mięśniakowato zmienionych fragmentów mięśniówki macicy przeprowadzony przez powłoki brzuszne lub metodą laparoskopową	• pełnościenne uszkodzenie ściany pęcherza moczowego • pełnościenne uszkodzenie ściany moczowodu • powstanie przetoki moczowodowo-pochwowej • powstanie przetoki pęcherzowo-maciczej • przebicie jamy macicy z koniecznością operacyjnego otwarcia jamy brzusznej	A A B B B
Cięcie cesarskie – zabieg operacyjny polegający na zabiegowym zakończeniu porodu poprzez nacięcie powłok brzusznych i macicy oraz ręcznym wydobyciu płodu	• przetoka pęcherzowo-macicza	B
Operacje ortopedyczne – zabiegi operacyjne przeprowadzone na tkance kostnej	• utrzymujące się powyżej trzech miesięcy objawy uszkodzenia jednego ze wskazanych nerwów: nerwu strzałkowego, kulszowego bądź promieniowego • zator tłuszczowy powodujący ostry zespół niewydolności płucnej	B B
Operacje torakochirurgiczne – zabiegi operacyjne przebiegające z otwarciem jamy opłucnej	• utrzymujące się powyżej trzech miesięcy objawy uszkodzenia nerwu przeponowego	B
Kardiochirurgiczne zabiegi operacyjne	• tamponada serca • rozejście się mostka • blok całkowity wymagający implantacji układu symulującego serca na stałe • wyrzucie się implantowanej sztucznej zastawki	B B B B
Operacje okulistyczne – zabiegi operacyjne przeprowadzane wewnątrz gałki ocznej	• krwotok wypierający w trakcie zabiegu operacyjnego na gałce ocznej, skutkujący trwałą utratą widzenia w tym oku • zaćma wtórna jako powikłanie operacji wewnątrzgałkowych	B A

TABELA STANÓW CHOROBOWYCH, UPRAWNIAJĄCYCH UBEZPIECZONEGO DO SKORZYSTANIA Z TELEOPIEKI KARDIOLOGICZNEJ

STANY CHOROBE OZNACZONE WEDŁUG MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI CHORÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH ICD-10			
NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10	NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10
Reumatyczna niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I06.1	Zwężenie zastawki pnia płucnego z niedomykalnością	I37.2
Reumatyczne zwężenie lewego ujścia tętniczego z niedomykalnością zastawek	I06.2	Inne zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego	I37.8
Inne wady reumatyczne zastawki tętnicy głównej	I06.8	Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego, nieokreślone	I37.9
Zwężenie zastawki trójdzielnej	I07.0	Zapalenie wsierdza, zastawki, nieokreślone	I38
Niedomykalność zastawki trójdzielnej	I07.1	Zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.0
Zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I07.2	Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.1
Inne wady zastawki trójdzielnej	I07.8	Zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.2
Wady zastawek dwudzielnej i tętnicy głównej	I08.0	Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.3
Wady zastawek dwudzielnej i trójdzielnej	I08.1	Zaburzenia funkcji wielu zastawek w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.4
Wady zastawek tętnicy głównej i trójdzielnej	I08.2	Zapalenie wsierdza, zastawki, nieokreślone, w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.8
Skojarzone wady zastawek dwudzielnej, trójdzielnej i tętnicy głównej	I08.3	Infekcyjne zapalenie mięśnia sercowego	I40.0
Inne wady skojarzone wielu zastawek	I08.8	Izolowane zapalenie mięśnia sercowego	I40.1
Reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I09.0	Inne ostre zapalenie mięśnia sercowego	I40.8
Przewlekłe reumatyczne zapalenie osierdza	I09.2	Ostre zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone	I40.9
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	I10	Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	I11.0	Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.1
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca	I11.9	Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.2
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek	I12	Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.8
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek	I12.0	Kardiomiopatia rozstrzeniowa	I42.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek	I12.9	Przerostowa kardiomiopatia zawężająca	I42.1
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek	I13	Inne kardiomiopatie przerostowe	I42.2
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca	I13.0	Choroba wsierdza (eozynofilowa)	I42.3
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek	I13.1	Zwłóknienie sprężyste wsierdza (fibroelastoza wsierdza)	I42.4
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek	I13.2	Inne kardiomiopatie zaciskające (restrykcyjne)	I42.5
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona	I13.9	Kardiomiopatia alkoholowa	I42.6
Dusznicza niestabilna	I20.0	Kardiomiopatia wywołana przez leki i inne czynniki zewnętrzne	I42.7

STANY CHOROBY OZNACZONE WEDŁUG MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI CHORÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH ICD-10			
NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10	NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10
Dusznicza bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	I20.1	Inne kardiomiopatie	I42.8
Inne postacie duszniczy bolesnej	I20.8	Kardiomiopatia, nieokreślona	I42.9
Dusznicza bolesna, nieokreślona	I20.9	Kardiomiopatia w chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.0
Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	I25.0	Kardiomiopatia w chorobach metabolicznych	I43.1
Choroba serca w przebiegu miażdżycy	I25.1	Kardiomiopatia w chorobach z niedoborów pokarmowych	I43.2
Stary (przebyty) zawał serca	I25.2	Kardiomiopatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.8
Tętniak serca	I25.3	Blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia	I44.0
Tętniak naczyń wieńcowych	I25.4	Blok przedsionkowo-komorowy drugiego stopnia	I44.1
Kardiomiopatia niedokrwienna	I25.5	Blok przedsionkowo-komorowy zupełny	I44.2
„Ciche” (nieme) niedokrwienie serca	I25.6	Inne i nieokreślone bloki przedsionkowo-komorowe	I44.3
Inne postacie przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	I25.8	Blok przedniej gałęzi lewej odnogi	I44.4
Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona	I25.9	Blok tylnej gałęzi lewej odnogi	I44.5
Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym	I26.0	Inny i nieokreślony blok gałęzi	I44.6
Zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym	I26.9	Blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa, nieokreślony	I44.7
Pierwotne nadciśnienie płucne	I27.0	Blok prawej odnogi	I45.0
Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy	I27.1	Inne i nieokreślone bloki prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa	I45.1
Inne określone zespoły sercowo-płucne	I27.8	Blok dwugałęziowy	I45.2
Zespół sercowo-płucny, nieokreślony	I27.8	Blok trójgałęziowy	I45.3
Przetoka tętniczko-żylna naczyń płucnych	I28.0	Nieokreślony blok wewnątrzkomorowy	I45.4
Tętniak tętnicy płucnej	I28.1	Inny określony blok serca	I45.5
Inne określone choroby naczyń płucnych	I28.8	Zespół preekscytacji	I45.6
Choroba naczyń płucnych, nieokreślona	I28.9	Inne określone zaburzenia przewodnictwa	I45.8
Ostre nieokreślone samoistne zapalenie osierdzia	I30.0	Zaburzenie przewodnictwa, nieokreślone	I45.9
Ostre zapalenie osierdzia, nieokreślone	I30.9	Zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją	I46.0
Przewlekłe zarostowe zapalenie osierdzia	I31.0	Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)	I47.0
Przewlekłe zaciskające zapalenie osierdzia	I31.1	Częstoskurcz nadkomorowy	I47.1
Krwik osierdzia niesklasyfikowany gdzie indziej	I31.2	Częstoskurcz komorowy	I47.2
Płyn w worku osierdziowym (niezapalny)	I31.3	Częstoskurcz napadowy, nieokreślony	I47.9
Inne określone choroby osierdzia	I31.8	Migotanie i trzepotanie przedsionków	I48
Choroba osierdzia, nieokreślona	I31.9	Migotanie i trzepotanie komór	I49.0
Zapalenie osierdzia w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.0	Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa	I49.1
Zapalenie osierdzia w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.1	Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) z łączą przedsionkowo-komorowego	I49.2
Zapalenie osierdzia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.8	Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) komór	I49.3
Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdzia	I33.0	Inne i nieokreślone przedwczesne depolaryzacje (pobudzenia)	I49.4
Ostre zapalenie wsierdzia, nieokreślone	I33.9	Zespół chorej zatoki	I49.5
Niedomykalność zastawki dwudzielnej	I34.0	Inne określone zaburzenia rytmu serca	I49.8
Wypadanie płatk(-ów) zastawki dwudzielnej	I34.1	Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone	I49.9

STANY CHOROBY OZNACZONE WEDŁUG MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI CHOROÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH ICD-10			
NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10	NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10
Niereumatyczne zwężenie zastawki dwudzielnej	I34.2	Niewydolność serca zastoinowa	I50.0
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej	I34.8	Niewydolność serca lewokomorowa	I50.1
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej, nieokreślone	I34.9	Niewydolność serca, nieokreślona	I50.9
Zwężenie zastawki tętnicy głównej	I35.0	Ubytek przegrody serca, nabyty	I51.0
Niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I35.1	Pęknięcie struny ścięgnowej niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.1
Zwężenie zastawki tętnicy głównej z niedomykalnością	I35.2	Pęknięcie mięśnia brodawkowatego niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej	I35.8	Zakrzep (skrzepina) wewnątrzsercowy niesklasyfikowany gdzie indziej	I51.3
Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej, nieokreślone	I35.9	Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone	I51.4
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej	I36.0	Zwyrodnienie mięśnia serca	I51.5
Niereumatyczna niedomykalność zastawki trójdzielnej	I36.1	Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone	I51.6
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I36.2	Powiększenie serca	I51.7
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej	I36.8	Ostre reumatyczne zapalenie wsierdzia	I01.1
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej, nieokreślone	I36.9	Ostre reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I01.2
Zwężenie zastawki pnia płucnego	I37.0	Inne ostre choroby reumatyczne serca	I01.8
Niedomykalność zastawki pnia płucnego	I37.1		

TABELA TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

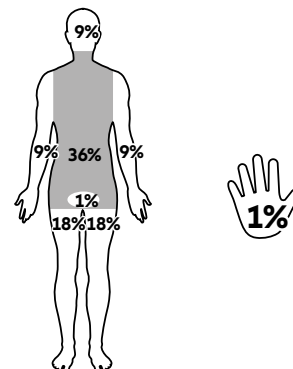
Uwagi:
OCENA POWIERZCHNI OPARZENIA:

a) Reguła dziewiątek Wallace'a:

- powierzchnia głowy, każdej z kończyn górnych – 9% powierzchni ciała
- powierzchnia przednia tułowia – 18% powierzchni ciała (9% powierzchnia brzucha oraz 9% powierzchnia klatki piersiowej)
- powierzchnia tylna tułowia – 18% powierzchni ciała
- powierzchnia każdej kończyny dolnej – 18% powierzchni ciała.

b) Reguła dłoni

Według niej powierzchnia dłoni osoby oparzonej odpowiada 1% łącznej powierzchni jej ciała (reguła ta nie odnosi się do dzieci).-



dorosły (przód i tył)

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
CZĘŚĆ I		
A	OPARZENIA	
A1	oparzenia skóry ciała	
A1.01	oparzenia I stopnia ponad 60% powierzchni ciała	5%
A1.02	oparzenia dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10%
A1.03	oparzenia twarzy powyżej I stopnia oparzenia – wielkość poniżej 2 cm x 2 cm	3%
A1.04	oparzenia twarzy powyżej I stopnia oparzenia – wielkość 2 cm x 2 cm do 4 cm x 4 cm	5%
A1.05	oparzenia twarzy powyżej I stopnia oparzenia – wielkość powyżej 4 cm x 4 cm	8%
A1.06	oparzenia dłoni powyżej I stopnia oparzenia – tylko 1 palec	1%
A1.07	oparzenia dłoni powyżej I stopnia oparzenia – tylko 2 palce	2%
A1.08	oparzenia dłoni powyżej I stopnia oparzenia – 3 lub więcej palców	3%
A1.09	oparzenia dłoni (poza palcami), powyżej I stopnia oparzenia – wielkość poniżej 2 cm x 2 cm	1%
A1.10	oparzenia dłoni (poza palcami), powyżej I stopnia oparzenia – wielkość 2 cm x 2 cm do 4 cm x 4 cm	2%
A1.11	oparzenia dłoni (poza palcami), powyżej I stopnia oparzenia – wielkość powyżej 4 cm x 4 cm	3%
A1.12	oparzenia krocza – niezależnie od wielkości oparzeń	3%
A1.13	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia poniżej 1% powierzchni ciała	1%
A1.14	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia 1–4% powierzchni ciała	2%
A1.15	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia 5–14% powierzchni ciała	6%
A1.16	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia 15–30% powierzchni ciała	10%
A1.17	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia powyżej 30% powierzchni ciała	15%
B	ODMROŻENIA	
B1	odmrożenia II i III stopnia	
B1.01	odmrożenie tylko 1 palca dłoni lub stopy	1%
B1.02	odmrożenia licznych palców dłoni lub stopy (niezależnie od liczby odmrożonych licznych palców)	4%
B1.03	odmrożenia nosa lub ucha/uszu	3%
C	USZKODZENIA GŁOWY	
C1	ranę powłok czaszki (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran powłok czaszki wymienionych w pkt C1.01-C1.03 nie może przekroczyć 5%	
C1.01	rana skóry głowy – do 4 cm długości	1%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
C1.02	rana skóry głowy – powyżej 4 cm do 10 cm długości	2%
C1.03	liczne rany skóry głowy (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	5%
C1.04	utrata skóry owłosionej (oskaldowanie) – jeżeli ponad 75% powierzchni	25%
C2	złamanie kości sklepienia i podstawy czaszki	
C2.01	złamanie 1 kości podstawy czaszki	5%
C2.02	złamanie 2 lub więcej kości podstawy czaszki	10%
C2.03	złamanie 1 kości sklepienia czaszki	3%
C2.04	złamanie 2 kości sklepienia czaszki	6%
C2.05	złamanie 3 lub więcej kości sklepienia czaszki	9%
C2.06	ubytek pełnej grubości kości każdego rozmiaru (dodatkowo)	10%
C3	złamanie kości twarzoczaszki (oczodołu, szczęki, kości jarzmowej)	
C3.01	złamanie 1 kości twarzoczaszki leczone tylko zachowawczo	3%
C3.02	złamanie 2 kości twarzoczaszki leczone tylko zachowawczo	6%
C3.03	złamanie 3 lub więcej kości twarzoczaszki leczone tylko zachowawczo	9%
C3.04	złamanie 1 kości twarzoczaszki leczone operacyjnie	5%
C3.05	złamanie 2 kości twarzoczaszki leczone operacyjnie	10%
C3.06	złamanie 3 lub więcej kości twarzoczaszki leczone operacyjnie	15%
C4	uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy	
C4.01	wstrząśnienie mózgu z pobytem w szpitalu – do 5 dni pobytu w szpitalu	2%
C4.02	wstrząśnienie mózgu z pobytem w szpitalu – powyżej 5 dni pobytu w szpitalu	5%
C4.03	krwiak śródczaszkowy, potwierdzony w badaniu obrazowym mózgu (TK – tomografii komputerowej lub NMR – rezonansu magnetycznego), leczone tylko zachowawczo	10%
C4.04	krwiak śródczaszkowy leczone operacyjnie	20%
C5	uszkodzenia twarzy (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran powłok twarzy nie może przekroczyć 12%	
C5.01	1 rana powłok twarzy – do 4 cm długości	2%
C5.02	1 rana powłok twarzy – powyżej 4 cm do 10 cm długości	6%
C5.03	liczne rany powłok twarzy (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	12%
C6	uszkodzenia nosa	
C6.01	złamanie kości nosa lub przegrody nosa leczone tylko zachowawczo	3%
C6.02	złamanie kości nosa lub przegrody nosa leczone operacyjnie	5%
C6.03	utrata części nosa	7%
C6.04	utrata nosa w całości (z kośćmi nosa)	25%
C7	utrata zębów	
C7.01	utrata częściowa korony zęba (za każdy ząb)	0,5%
C7.02	utrata całkowita korony zęba (za każdy ząb)	1%
C7.03	utrata zęba wraz z korzeniem (za każdy ząb) – siekacze, kły	2%
C7.04	utrata zęba wraz z korzeniem (za każdy ząb) – pozostałe zęby	1 %
C8	uszkodzenia żuchwy	
C8.01	złamanie żuchwy leczone tylko zachowawczo	3%
C8.02	złamanie żuchwy leczone operacyjnie	5%
C8.03	utrata częściowa żuchwy	15%
C8.04	utrata całkowita żuchwy	40%
C9	uszkodzenia języka	

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
C9.01	rana języka	1%
C9.02	częściowa utrata języka	3%
C9.03	utrata języka w całości	40%
D	USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	
D1	utrata wzroku	
D1.01	całkowita pourazowa utrata wzroku w 1 oku	30%
D1.02	całkowita pourazowa utrata wzroku w obu oczach	100%
D1.03	utrata 1 gałki ocznej	40%
D1.04	utrata 2 gałek ocznych	100%
D2	uszkodzenia gałki ocznej	
D2.01	uszkodzenie gałki ocznej z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w 1 oku (obniżenie ostrości wzroku do 0,7)	5%
D2.02	uszkodzenie gałki ocznej z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w 1 oku (obniżenie ostrości wzroku do 0,6 lub mniejszej)	10%
D2.03	uszkodzenie obu gałek ocznych z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w obu oczach (obniżenie ostrości wzroku do 0,7)	15%
D2.04	uszkodzenie obu gałek ocznych z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w obu oczach (obniżenie ostrości wzroku do 0,6 lub mniejszej)	25%
D3	odwarstwienie siatkówki	
D3.01	odwarstwienie siatkówki 1 oka bez obniżenia ostrości wzroku	2%
D3.02	odwarstwienie siatkówki 1 oka z obniżeniem ostrości wzroku w 1 oku (obniżenie ostrości wzroku do 0,7)	5%
D3.03	odwarstwienie siatkówki 1 oka z obniżeniem ostrości wzroku w 1 oku (obniżenie ostrości wzroku do 0,6 lub mniejszej)	10%
D3.04	odwarstwienie siatkówki 1 oka z całkowitą utratą wzroku	35%
D4	jaskra wtórna i wytrzeszcz	
D4.01	jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3%
D4.02	wytrzeszcz tętniący pourazowy	30%
D5	utrata soczewki i uszkodzenie przewodów łzowych	
D5.01	utrata soczewki w jednym oku (bezsoczewkowość pourazowa)	15%
D5.02	utrata soczewek obu oczu	30%
D5.03	uszkodzenie przewodów łzowych w 1 oku leczone operacyjnie	5%
D5.04	uszkodzenie przewodów łzowych w obu oczach leczone operacyjnie	12%
E	USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU	
E1	pourazowa utrata słuchu	
E1.01	całkowita utrata słuchu w jednym uchu	20%
E1.02	całkowita utrata słuchu w obu uszach	50%
E1.03	częściowa utrata słuchu w jednym uchu	5%
E1.04	częściowa utrata słuchu w obu uszach	10%
E2	uszkodzenia małżowiny usznej	
E2.01	1 lub więcej ran małżowiny usznej	1%
E2.02	utrata lub zniekształcenie małżowiny lub jej części	2%
E2.03	utrata części małżowiny leczone operacyjnie z rekonstrukcją narządu	7%
E2.04	utrata małżowiny w całości	15%
E3	uszkodzenia ucha wewnętrznego	
E3.01	uszkodzenia ucha wewnętrznego z upośledzeniem słuchu i zaburzeniami równowagi bez pęknięcia kości skalistej	20%
E3.02	uszkodzenia ucha wewnętrznego z upośledzeniem słuchu, zaburzeniami równowagi i pęknięciem kości skalistej	25%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
F	USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU	
F1	uszkodzenia szyi (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry szyi nie może przekroczyć 4%	
F1.01	1 rana skóry szyi – do 4 cm długości	1%
F1.02	1 rana skóry szyi – powyżej 4cm do 10 cm długości	2%
F1.03	liczne rany skóry szyi (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	4%
F1.04	uszkodzenie tkanek miękkich szyi leczone operacyjnie	4%
F2	uszkodzenia krtani, tchawicy, przełyku, gardła	
F2.01	uszkodzenie tchawicy leczone operacyjnie	8%
F2.02	uszkodzenie krtani leczone operacyjnie	10%
F2.03	uszkodzenie gardła lub przełyku leczone operacyjnie bez rekonstrukcji narządu	10%
F2.04	uszkodzenie gardła lub przełyku leczone operacyjnie z rekonstrukcją narządu	25%
G	USZKODZENIA W OBRĘBIE KLATKI PIERSIOWEJ	
G1	uszkodzenia klatki piersiowej, grzbietu (z wyjątkiem oparzeń)	
G1.01	1 rana skóry klatki piersiowej	1%
G1.02	2 lub więcej ran klatki piersiowej	3%
G1.03	uszkodzenie tkanek miękkich klatki piersiowej, grzbietu leczone operacyjnie	2%
G2	pourazowe uszkodzenia sutka, piersi	
G2.01	uszkodzenie brodawki sutka lub sutka	5%
G2.02	częściowa lub całkowita utrata piersi	15%
G3	złamania żeber, mostka	
G3.01	złamanie żebra (za każde żebro, do 4 żeber)	0,5%
G3.02	złamanie od 5 do 10 żeber	5%
G3.03	złamanie powyżej 10 żeber	10%
G3.04	złamanie mostka	3%
G4	uszkodzenia płuc, odma	
G4.01	uszkodzenie płuc i opłucnej – stłuczenie	1%
G4.02	krwiak/odma opłucnej nie wymagające drenażu	2%
G4.03	krwiak/odma opłucnej wymagające drenażu	4%
G4.04	krwiak/odma leczone operacyjnie	10%
G4.05	utrata części płuca	15%
G4.06	utrata płuca w całości	30%
G5	uszkodzenie serca	
G5.01	uszkodzenie serca wymagające nakłucia (odbarczenia osierdzia)	10%
G5.02	uszkodzenie serca wymagające torakotomii (otwarcia klatki piersiowej)	30%
H	USZKODZENIA JAMY BRZUSZNEJ	
H1	uszkodzenia jamy brzusznej (z wyjątkiem oparzeń)	
H1.01	uszkodzenia powłok jamy brzusznej – 1 rana skóry	1%
H1.02	uszkodzenie powłok jamy brzusznej – 2 lub więcej ran skóry	3%
H1.03	uszkodzenie mięśni leczone operacyjnie	2%
H1.04	uszkodzenie dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy leczone operacyjnie	10%
H1.05	uszkodzenie powłok jamy brzusznej leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnej (laparotomia) Uwaga: Uszczerbku z tej pozycji nie sumuje się z uszczerbkami z zakresu uszkodzenia jamy brzusznej wymienionymi w pkt. H2-H5	5%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
H2	uszkodzenia przepony, żołądka, jelit, odbytu	
H2.01	uszkodzenie przepony leczone operacyjnie	10%
H2.02	uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – zeszyście, drenaż	8%
H2.03	uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – gastrostomia	10%
H2.04	uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – resekcja	15%
H2.05	uszkodzenie jelita leczone operacyjnie – zeszyście, drenaż	8%
H2.06	uszkodzenie jelita leczone operacyjnie – resekcja, ileostomia, kolostomia, jejunostomia	15%
H2.07	uszkodzenie odbytu leczone operacyjnie – zeszyście	3%
H2.08	uszkodzenie zwieracza odbytu leczone operacyjnie	10%
H3	uszkodzenia śledziony	
H3.01	pęknięcie śledziony leczone tylko zachowawczo	2%
H3.02	pęknięcie śledziony leczone operacyjnie	5%
H3.03	utrata śledziony do 18 roku życia	20%
H3.04	utrata śledziony po 18 roku życia	15%
H4	uszkodzenia wątroby, trzustki, przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego	
H4.01	uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki (krwaki, pęknięcie narządu) leczone tylko zachowawczo , z wyjątkiem stłuczeń	2%
H4.02	uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki leczone operacyjnie	15%
H4.03	utrata całkowita wątroby lub trzustki	100%
H5	uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
H5.01	uszkodzenia jednej nerki lub obu nerek (krwaki, pęknięcie narządu) leczone tylko zachowawczo , z wyjątkiem stłuczeń	2%
H5.02	uszkodzenie 1 nerki lub obu nerek leczone operacyjnie	5%
H5.03	utrata 1 nerki	30%
H5.04	utrata obu nerek	100%
H5.05	uszkodzenia pęcherza leczone tylko zachowawczo	2%
H5.06	uszkodzenia pęcherza leczone operacyjnie	10%
H5.07	całkowita utrata pęcherza	50%
H5.08	uszkodzenia cewki moczowej leczone tylko zachowawczo	5%
H5.09	uszkodzenia cewki moczowej leczone operacyjnie	15%
H5.10	uszkodzenia moczowodu leczone operacyjnie	7%
H5.11	częściowa utrata prącia	10%
H5.12	całkowita utrata prącia	40%
H5.13	uszkodzenia jądra, jajnika w tym krwaki i wodniak leczone tylko zachowawczo	2%
H5.14	uszkodzenia jądra, jajnika leczone operacyjnie	5%
H5.15	utrata jednego jądra, jajnika	20%
H5.16	utrata obu jąder, jajników	40%
H5.17	utrata macicy	30%
H5.18	rana powłok narządów moczowo-płciowych	2%
H5.19	głębokie uszkodzenia krocza, prącia, worka mosznowego, sromu, pochwy obejmujące też mięśnie, powięź, leczone operacyjnie	7%
I	USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA	
I1	uszkodzenia kręgosłupa szyjnego uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 30%	
I1.01	skręcenie kręgosłupa szyjnego	1%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
I1.02	zwinięcie kręgosłupa szyjnego	2%
I1.03	złamania kręgów leczone tylko zachowawczo (za każdy)	5%
I1.04	złamania kręgów leczone operacyjnie (za każdy)	8%
I1.05	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych leczone tylko zachowawczo lub leczone operacyjnie (za każdy)	1%
I2	uszkodzenia kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1-Th11 uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1-Th11 nie może przekroczyć 25%	
I2.01	skręcenie kręgosłupa piersiowego	1%
I2.02	złamania kręgów leczone tylko zachowawczo (za każdy)	5%
I2.03	złamania kręgów leczone operacyjnie (za każdy)	8%
I2.04	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych leczone tylko zachowawczo lub leczone operacyjnie (za każdy)	1%
I3	uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12- L5 uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12-L5 nie może przekroczyć 30%	
I3.01	skręcenie w odcinku piersiowo-lędźwiowym	1%
I3.02	złamania kręgów leczone tylko zachowawczo (za każdy)	5%
I3.03	złamania kręgów leczone operacyjnie (za każdy)	8%
I3.04	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych leczone tylko zachowawczo lub leczone operacyjnie (za każdy)	1%
I4	uraz rdzenia kręgowego	
I4.01	wstrząśnienie rdzenia z pobytem w szpitalu – powyżej 1 dnia pobytu w szpitalu	2%
I4.02	krwaki potwierdzony w badaniu obrazowym mózgu (TK – tomografii komputerowej lub NMR – rezonansu magnetycznego), leczone tylko zachowawczo	10%
I4.03	krwaki rdzenia leczone operacyjnie	20%
J	USZKODZENIA MIEDNICY	
J1	rany skóry pośladków (z wyjątkiem oparzeń) i uszkodzenia tkanek miękkich	
J1.01	1 rana skóry pośladków (za każdą ranę, z zastrzeżeniem pkt J1.02)	1%
J1.02	liczne rany (co najmniej 3) skóry pośladków	3%
J1.03	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
J2	uszkodzenia w obrębie miednicy i stawu biodrowego	
J2.01	zwinięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10%
J2.02	złamanie kości tonowej lub kulszowej jednostronnie (za każdą)	4%
J2.03	złamanie kości tonowej lub kulszowej obustronnie (za każdą)	6%
J2.04	rozejście się zespolenia tonowego	5%
J2.05	złamania miednicy w odcinku przednim i tylnym (typu Malgaigne'a)	15%
J2.06	złamania miednicy z przerwaniami ciągłości obręczy biodrowej leczone operacyjnie	20%
J2.07	złamanie kości krzyżowej	5%
J2.08	złamanie kości ogonowej	2%
J2.09	izolowane złamanie w obrębie talerza kości biodrowej	3%
J2.10	izolowane złamanie kolca biodrowego	1%
K	USZKODZENIA KOŃCZYN GÓRNYCH	
K1	rany skóry kończyn górnych (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry kończyn górnych nie może przekroczyć 3%	
K1.01	rana skóry kończyn górnych – do 4 cm długości	1%
K1.02	rana skóry kończyn górnych – powyżej 4cm do 10 cm długości	2%
K1.03	liczne rany kończyn górnych (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	3%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
K2	uszkodzenia stawu obojczykowo-barkowego	
K2.01	skręcenie w stawie obojczykowo-barkowym lub obojczykowo-mostkowym z unieruchomieniem	2%
K2.02	zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	5%
K2.03	złamanie łopatki	5%
K2.04	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	5%
K2.05	złamanie obojczyka leczone tylko zachowawczo	4%
K2.06	złamanie obojczyka leczone operacyjnie	6%
K3	uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego	
K3.01	skręcenie w stawie łopatkowo-ramiennym z unieruchomieniem	2%
K3.02	zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcie barku)	5%
K3.03	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	5%
K3.04	złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej leczone tylko zachowawczo	5%
K3.05	złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej leczone operacyjnie , bez protezoplastyki stawu ramiennego	10%
K3.06	złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej leczone operacyjnie , włącznie z protezoplastyką stawu ramiennego	15%
K3.07	utrata kończyny w stawie łopatkowo-ramiennym	70%
K3.08	utrata kończyny z łopatką	75%
K4	uszkodzenia ramienia	
K4.01	złamanie trzonu kości ramiennej leczone tylko zachowawczo	5%
K4.02	złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie	8%
K4.03	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	5%
K4.04	utrata kończyny na poziomie ramienia	65%
K5	uszkodzenia stawu łokciowego	
K5.01	skręcenie w stawie łokciowym	1%
K5.02	skręcenie w stawie łokciowym z unieruchomieniem	2%
K5.03	zwichnięcie w stawie łokciowym	4%
K5.04	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
K5.05	złamanie w obrębie łokcia (dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej) leczone tylko zachowawczo	5%
K5.06	złamanie w obrębie łokcia (dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej) leczone operacyjnie	10%
K5.07	utrata kończyny w stawie łokciowym	60%
K6	uszkodzenia przedramienia	
K6.01	uszkodzenie tkanek miękkich z uszkodzeniem 1 ścięgna leczone operacyjnie	3%
K6.02	uszkodzenie tkanek miękkich z uszkodzeniem 2 lub więcej ścięgien leczone operacyjnie	5%
K6.03	złamanie dalszych nasad kości przedramienia leczone tylko zachowawczo (za każdą)	3%
K6.04	złamanie dalszych nasad kości przedramienia leczone operacyjnie (za każdą)	7%
K6.05	złamanie trzonów kości przedramienia leczone tylko zachowawczo (za każdą)	3%
K6.06	złamanie trzonów kości przedramienia leczone operacyjnie (za każdą)	7%
K6.07	utrata kończyny w obrębie przedramienia	60%
K7	uszkodzenia nadgarstka	
K7.01	skręcenie nadgarstka	0,5%
K7.02	skręcenie nadgarstka z unieruchomieniem	1%
K7.03	zwichnięcie nadgarstka	4%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
K7.04	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
K7.05	złamanie jednej lub więcej kości nadgarstka leczone tylko zachowawczo	4%
K7.06	złamanie jednej lub więcej kości nadgarstka leczone operacyjnie	7%
K7.07	utrata dłoni na poziomie nadgarstka	55%
K8	uszkodzenia śródręcza	
K8.01	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
K8.02	złamanie pojedynczej kości śródręcza leczone tylko zachowawczo	2%
K8.03	złamania pojedynczej kości śródręcza leczone operacyjnie	6%
K8.04	złamania 2 lub więcej kości śródręcza leczone tylko zachowawczo	4%
K8.05	złamania 2 lub więcej kości śródręcza leczone operacyjnie	12%
L	USZKODZENIA PALCÓW RĘKI	
L1	uszkodzenia kciuka	
L1.01	skręcenie kciuka z unieruchomieniem	1%
L1.02	zwichnięcie kciuka	2%
L1.03	uszkodzenie tkanek miękkich kciuka leczone operacyjnie	2%
L1.04	całkowita utrata opuszki kciuka	2%
L1.05	utrata 1 paliczka paznokciowego kciuka (częściowa lub całkowita)	6%
L1.06	utrata obu paliczków (paznokciowego/dalszego i bliższego) kciuka	17%
L1.07	utrata obu paliczków kciuka z kością śródręcza	22 %
L1.08	złamanie kciuka (za każdy paliczek) leczone tylko zachowawczo	2%
L1.09	złamanie kciuka leczone operacyjnie	7%
L2	uszkodzenia palca wskazującego	
L2.01	skręcenie palca wskazującego z unieruchomieniem	1%
L2.02	zwichnięcie palca wskazującego	2%
L2.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca wskazującego leczone operacyjnie	2%
L2.04	całkowita utrata opuszki palca wskazującego	1%
L2.05	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca wskazującego	3%
L2.06	utrata paliczka paznokciowego/dalszego i środkowego (2 paliczków) palca wskazującego	10%
L2.07	utrata 3 paliczków palca wskazującego	15%
L2.08	utrata palca wskazującego z kością śródręcza	17%
L2.09	złamanie palca wskazującego leczone tylko zachowawczo	2%
L2.10	złamanie palca wskazującego leczone operacyjnie	3%
L3	uszkodzenia w zakresie palca III ręki	
L3.01	skręcenie stawu międzypaliczkowego palca III z unieruchomieniem	1%
L3.02	zwichnięcie palca III	2%
L3.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca III leczone operacyjnie	2%
L3.04	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca III	3%
L3.05	utrata 2 lub 3 paliczków palca III	7%
L3.06	złamanie palca III	2%
L3.07	utrata palca III z kością śródręcza	9%
L4	uszkodzenia w zakresie palca IV ręki	
L4.01	skręcenie stawu międzypaliczkowego palca IV z unieruchomieniem	1%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
L4.02	zwichnięcie palca IV	2%
L4.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca IV leczone operacyjnie	1%
L4.04	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca IV	2%
L4.05	utrata 2 lub 3 paliczków palca IV	4%
L4.06	złamanie palca IV	1%
L4.07	utrata palca IV z kością śródręcza	5%
L5	uszkodzenia w zakresie palca V ręki	
L5.01	skręcenie stawu międzypaliczkowego palca V z unieruchomieniem	1%
L5.02	zwichnięcie palca V	1%
L5.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca V leczone operacyjnie	1%
L5.04	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca V	2%
L5.05	utrata 2 lub 3 paliczków palca V	4%
L5.06	złamanie palca V	1%
L5.07	utrata palca V z kością śródręcza	5%
Ł	USZKODZENIA KOŃCZYN DOLNYCH	
Ł1	rany skóry kończyn dolnych (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry kończyn górnych nie może przekroczyć 3%	
Ł1.01	1 rana skóry do 4 cm długości	1%
Ł1.02	1 rana skóry powyżej 4cm do 10 cm długości	2%
Ł1.03	liczne rany (co najmniej 3) łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	3%
Ł2	uszkodzenia stawu biodrowego	
Ł2.01	skręcenie stawu biodrowego	3%
Ł2.02	zwichnięcie stawu biodrowego	10%
Ł2.03	złamanie w zakresie krętarza, bliższej nasady lub szyjki kości udowej, urazowe złuszczenie głowy kości udowej leczone tylko zachowawczo	10%
Ł2.04	złamanie w zakresie krętarza, bliższej nasady lub szyjki kości udowej leczone operacyjnie	20%
Ł2.05	złamania lub zwichnięcie centralne panewki stawu biodrowego leczone tylko zachowawczo	15%
Ł2.06	ułamania lub zwichnięcie centralne panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie włącznie z protezoplastyką stawu biodrowego	25%
Ł2.07	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
Ł2.08	utrata kończyny dolnej przez wyłuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między-lub podkrętarzowej	75%
Ł3	uszkodzenia uda	
Ł3.01	złamanie kości udowej leczone tylko zachowawczo (złamania szyjki, przez i podkrętarzowe, krętarzy, trzonu, nasady – łącznie)	9%
Ł3.02	złamanie kości udowej leczone operacyjnie (złamania szyjki, przez i podkrętarzowe, krętarzy, trzonu, nasady – łącznie)	15%
Ł3.03	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	8%
Ł3.04	utrata kończyny na poziomie uda	60%
Ł4	uszkodzenia stawu kolanowego	
Ł4.01	skręcenie stawu kolanowego bez uszkodzenia więzadeł i łąkotki z unieruchomieniem	2%
Ł4.02	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednego więzadła leczone tylko zachowawczo	3%
Ł4.03	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednego więzadła leczone operacyjnie	5%
Ł4.04	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch więzadeł leczone tylko zachowawczo	6%
Ł4.05	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch więzadeł leczone operacyjnie	10%
Ł4.06	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem trzech lub więcej więzadeł leczone tylko zachowawczo	9%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
Ł4.07	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem trzech lub więcej więzadeł leczone operacyjnie	15%
Ł4.08	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednej tkanki leczone tylko zachowawczo	3%
Ł4.09	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednej tkanki leczone operacyjnie	5%
Ł4.10	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch tkatek leczone tylko zachowawczo	6%
Ł4.11	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch tkatek leczone operacyjnie	10%
Ł4.12	skręcenie lub inny uraz ze złamaniem rzepki nie skutkujący usunięciem rzepki	5%
Ł4.13	skręcenie lub inny uraz ze złamaniem skutkujący usunięciem rzepki	10%
Ł4.14	zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	2%
Ł4.15	utrata kończyny na poziomie kolana	50%
Ł5	uszkodzenia podudzia	
Ł5.01	złamanie kości strzałkowej leczone tylko zachowawczo	1%
Ł5.02	złamanie kości strzałkowej leczone operacyjnie	4%
Ł5.03	złamanie kości piszczelowej leczone tylko zachowawczo	5%
Ł5.04	złamanie kości piszczelowej leczone operacyjnie	10%
Ł5.05	uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone tylko zachowawczo	2%
Ł5.06	rozerwanie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	7%
Ł5.07	uszkodzenia tkanek miękkich leczone tylko zachowawczo – oprócz ścięgna Achillesa	1%
Ł5.08	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie – oprócz ścięgna Achillesa	4%
Ł5.09	utrata kończyny w obrębie podudzia	45%
Ł6	uszkodzenia stawu skokowo-goleniowego (skokowy górny) lub skokowo-piętowego (skokowy dolny), uszkodzenia stopy	
Ł6.01	skręcenie z unieruchomieniem	2%
Ł6.02	Zwichnięcie	3%
Ł6.03	złamanie kostki bocznej leczone tylko zachowawczo	3%
Ł6.04	złamanie kostki bocznej leczone operacyjnie	4%
Ł6.05	złamanie kostki przyśrodkowej leczone tylko zachowawczo	2%
Ł6.06	złamanie kostki przyśrodkowej leczone operacyjnie	5%
Ł6.07	złamanie trójkostkowe	12%
Ł6.08	złamanie kości skokowej leczone tylko zachowawczo	5%
Ł6.09	złamanie kości skokowej leczone operacyjnie	8%
Ł6.10	złamanie kości piętowej leczone tylko zachowawczo	6%
Ł6.11	złamanie kości piętowej leczone operacyjnie	8%
Ł6.12	złamanie lub zwichnięcia kości stępu (jednej lub więcej kości)	4%
Ł6.13	złamanie 1 kości śródstopia leczone tylko zachowawczo	2%
Ł6.14	złamanie 1 kości śródstopia leczone operacyjnie	3%
Ł6.15	złamanie 2 kości śródstopia leczone tylko zachowawczo	4%
Ł6.16	złamanie 2 kości śródstopia leczone operacyjnie	6%
Ł6.17	złamanie 3 lub więcej kości śródstopia leczone tylko zachowawczo	6%
Ł6.18	złamanie 3 lub więcej kości śródstopia leczone operacyjnie	9%
Ł7	utrata stopy	
Ł7.01	utrata stopy w obrębie śródstopia	25%
Ł7.02	utrata stopy w stawie Lisfranca	35%
Ł7.03	utrata stopy w stawie Choparta	40%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
Ł7.04	utrata stopy w całości	45%
M	USZKODZENIA PALCÓW STOPY	
M1	uszkodzenia palucha	
M1.01	utrata w obrębie paliczka paznokciowego palucha	2%
M1.02	utrata całego paliczka paznokciowego palucha	5%
M1.03	utrata całego palucha	10%
M1.04	utrata palucha z kością śródstopia	12%
M1.05	złamanie, zwichnięcie palucha	2%
M1.06	złamanie palucha leczone operacyjnie	3%
M2	uszkodzenia w zakresie palca drugiego stopy	
M2.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca II	1%
M2.02	utrata całego palca II bez kości śródstopia	2%
M2.03	utrata palca II z kością śródstopia	3%
M2.04	złamanie, zwichnięcie palca II	1%
M3	uszkodzenia w zakresie palca trzeciego stopy	
M3.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca III	1%
M3.02	utrata całego palca III bez kości śródstopia	2%
M3.03	utrata palca III z kością śródstopia	3%
M3.04	złamanie, zwichnięcie palca III	1%
M4	uszkodzenia w zakresie palca czwartego stopy	
M4.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca IV	1%
M4.02	utrata całego palca IV bez kości śródstopia	2%
M4.03	utrata palca IV z kością śródstopia	3%
M4.04	złamanie, zwichnięcie palca IV	1%
M5	uszkodzenia w zakresie palca piątego stopy	
M5.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca V	1%
M5.02	utrata całego palca V bez kości śródstopia	2%
M5.03	utrata palca V z kością śródstopia	3%
M5.04	złamanie, zwichnięcie palca V	1%
CZĘŚĆ II		
N	TRWAŁE ZABURZENIA NEUROLOGICZNE POURAZOWE	
N1	trwałe porażenia , niedowłady lub utrata funkcji kończyny górnej	
N1.01	porażenie kończyny górnej – ręki dominującej	50%
N1.02	porażenie kończyny górnej – ręki niedominującej	40%
N1.03	porażenie obu kończyn górnych	100%
N1.04	niedowład kończyny górnej	15%
N1.05	niedowład obu kończyn górnych	40%
N2	trwałe porażenia , niedowłady lub utrata funkcji kończyny dolnej	
N2.01	porażenie kończyny dolnej	50%
N2.02	porażenie obu kończyn dolnych bez lub z zaburzeniami zwieraczy	100%
N2.04	niedowład kończyny dolnej	10%
N2.05	niedowład obu kończyn dolnych, z możliwością poruszania się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego, laski, kuli, balkonika	40%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
N2.06	niedowład dużego stopnia czterech kończyn uniemożliwiający funkcjonowanie	100%
N3	trwałe porażenia 4 kończyn	
N3.01	porażenie całkowite 4 kończyn	100%
N4	trwałe porażenia i niedowłady połowicze	
N4.01	porażenie połowicze	100%
N4.02	niedowład połowiczny	30%
N5	zespoły neurologiczne	
N5.01	zespół stożka końcowego bez niedowładów	20 %
N5.02	zespół mózdkowy utrudniający chód i sprawność ruchową	40%
N5.03	zespół mózdkowy uniemożliwiający samodzielne funkcjonowanie, wymagający opieki osób trzecich	80%
N5.04	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	90%
N5.05	utrwalony zespół pozapiramidowy niewymagający opieki osób trzecich	30%
N6	zaburzenia mowy	
N6.01	całkowita utrata mowy (afazja całkowita)	60%
N6.02	afazja częściowa	10%
O	TRWAŁE USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU PO URAZIE	
O1	ubytki pola widzenia	
O1.01	w 1 oku	7%
O1.02	w obu oczach	20%
O2	koncentryczne ubytki pola widzenia	
O2.01	w 1 oku	7%
O2.02	w obu oczach	25%
O3	niedowidzenie połowicze	
O3.01	dwunosowe	20%
O3.02	dwuskroniowe	50%
O3.03	jednoimienne	20%
P	TRWAŁE PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW CZASZKOWYCH PO URAZACH GŁOWY	
P1	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu twarzowego	
P1.01	porażenie całkowite nerwu twarzowego	15%
P1.02	niedowład nerwu twarzowego	5%
P2	trwałe porażenia lub niedowłady nerwów ruchowych gałki ocznej uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu trwałych porażen lub niedowładów nerwów czaszkowych wymienionych w pkt. P2.01- -P2.02 nie może przekroczyć: za porażenie 45% za niedowład 15%	
P2.01	porażenie całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (za każdy)	15%
P2.02	niedowład nerwów ruchowych gałki ocznej (za każdy)	5%
P3	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu językowo-gardłowego	
P3.01	porażenie całkowite nerwu językowo-gardłowego	10%
P3.02	niedowład nerwu językowo-gardłowego	3%
P4	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu błędnego	
P4.01	porażenie całkowite nerwu błędnego	10%
P4.02	niedowład nerwu błędnego	3%
P5	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu dodatkowego	
P5.01	porażenie całkowite nerwu dodatkowego	10%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
P5.02	niedowład nerwu dodatkowego	3%
P5	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu dodatkowego	
P5.01	porażenie całkowite nerwu dodatkowego	10%
P5.02	niedowład nerwu dodatkowego	3%
P6	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu podjęzykowego uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu utrwalonych porażań lub niedowładów nerwów czaszkowych wymienionych w pkt. P3 – P6 nie może przekroczyć: za porażenie 30%, za niedowład 9%	
P6.01	porażenie całkowite nerwu podjęzykowego	10%
P6.02	niedowład nerwu podjęzykowego	3%
R	TRWAŁE PORAZENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	
R1	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu przeponowego	
R1.01	porażenie całkowite nerwu przeponowego	15%
R1.02	niedowład nerwu przeponowego	5%
R2	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu piersiowego długiego	
R2.01	porażenie całkowite nerwu piersiowego długiego	10%
R2.02	niedowład nerwu piersiowego długiego	5%
R3	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu pachowego	
R3.01	porażenie całkowite nerwu pachowego	20%
R3.02	niedowład nerwu pachowego	5%
R4	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu mięśniowo-skórnego	
R4.01	porażenie całkowite nerwu mięśniowo-skórnego	10%
R4.02	niedowład nerwu mięśniowo-skórnego	3%
R5	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu promieniowego	
R5.01	porażenie całkowite nerwu promieniowego	25%
R5.02	niedowład nerwu promieniowego	5%
R6	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu pośrodkowego	
R6.01	porażenie całkowite nerwu pośrodkowego	15%
R6.02	niedowład nerwu pośrodkowego	5%
R7	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu łokciowego	
R7.01	porażenie całkowite nerwu łokciowego	20%
R7.02	niedowład nerwu łokciowego	5%
R8	trwałe porażenia lub niedowłady części górnej (nadobojczykowej) splotu barkowego	
R8.01	porażenie całkowite części górnej splotu barkowego	20%
R8.02	niedowład części górnej splotu barkowego	5%
R9	trwałe porażenia lub niedowłady części dolnej (podobojczykowej) splotu barkowego	
R9.01	porażenie całkowite części dolnej splotu barkowego	40%
R9.02	niedowład części dolnej splotu barkowego	10%
R10	trwałe porażenia lub niedowłady pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	
R10.01	porażenie całkowite pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	15%
R10.02	niedowład pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	3%
R11	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu zastronowego	
R11.01	porażenie całkowite nerwu zastronowego	15%
R11.02	niedowład nerwu zastronowego	3%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
R12	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu udowego	
R12.01	porażenie całkowite nerwu udowego	30%
R12.02	niedowład nerwu udowego	5%
R13	trwałe porażenia lub niedowłady nerwów pośladkowych	
R13.01	porażenie całkowite nerwów pośladkowych	20%
R13.02	niedowład nerwów pośladkowych	3%
R14	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu sromowego wspólnego	
R14.01	porażenie całkowite nerwu sromowego wspólnego	20%
R14.02	niedowład nerwu sromowego wspólnego	5%
R15	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu kulszowego	
R15.01	porażenie całkowite nerwu kulszowego	50%
R15.02	niedowład nerwu kulszowego	10%
R16	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu piszczelowego	
R16.01	porażenie całkowite nerwu piszczelowego	30%
R16.02	niedowład nerwu piszczelowego	5%
R17	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu strzałkowego	
R17.01	porażenie całkowite nerwu strzałkowego	20%
R17.02	niedowład nerwu strzałkowego	5%
R18	trwałe porażenia lub niedowłady splotu lędźwiowo-krzyżowego	
R18.01	porażenie całkowite splotu lędźwiowo-krzyżowego	60%
R18.02	niedowład splotu lędźwiowo-krzyżowego	30%
R19	trwałe porażenia lub niedowłady pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	
R19.01	porażenie całkowite pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	10%
R19.02	niedowład pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	3%

KATEGORIE WAD WRODZONYCH

KATEGORIE WAD WRODZONYCH OZNACZONE WEDŁUG MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI CHOROÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH ICD-10	
KATEGORIA A	
1. Q07 inne wady układu nerwowego	32. Q61 wielotorbielowatość nerek
2. Q10 oko – wady rozwojowe powiek, aparatu wzrokowego i oczodołu	33. Q62 wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
3. Q12 wrodzone wady rozwojowe soczewki	34. Q63 inne wady nerek
4. Q13 oko – wady przedniego odcinka oka	35. Q64 inne wady układu moczowego
5. Q14 oko – wady tylnego odcinka	36. Q66 zniekształcenia stopy
6. Q15 inne wady oka	37. Q67 zniekształcenia czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej
7. Q17 inne wady ucha	38. Q68 inne zniekształcenia mięśniowo-kostne
8. Q18 inne wady twarzy i szyi	39. Q69 palce dodatkowe
9. Q24 serce – wady pozostałe	40. Q70 zrost palców
10. Q26 układ naczyniowy – wady dużych żył	41. Q74 inne wady kończyn
11. Q27 inne wady obwodowego układu naczyniowego	42. Q75 inne określone wady kości czaszki i twarzy
12. Q28 inne wady układu krążenia	43. Q76 wady klatki piersiowej i żeber
13. Q30 wady nosa	44. Q78 inne osteochondrodysplazje
14. Q31 wady krtani	45. Q79 wady układu mięśniowo-szkieletowego niesklasyfikowane gdzie indziej
15. Q32 wady tchawicy i oskrzeli	46. Q80 wrodzona rybia tuska
16. Q33 wady płuc	47. Q81 pęcherzowe oddzielanie naskórka
17. Q34 inne wady układu oddechowego	48. Q82 inne wady skóry
18. Q35 rozszczep podniebienia	49. Q83 wrodzone wady rozwojowe gruczołów sutkowych
19. Q36 rozszczep wargi	50. Q84 inne wady powłok ciała
20. Q38 wady języka, jamy ustnej, gardzieli	51. Q85 fakomatozy
21. Q40 inne wady górnego odcinka przewodu pokarmowego	52. Q86 zespoły spowodowane czynnikami zewnętrznymi
22. Q43 inne wady wrodzone jelit	53. Q87 zespoły związane głównie z niskim wzrostem
23. Q44 wady wątroby, p. żółciowego i pp. żółciowych	54. Q89 wady mnogie
24. Q45 inne wady przewodu pokarmowego	55. Q92 inne trisomie i częściowe trisomie autosomów
25. Q50 wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokiach macicy	56. Q93 monosomie i delecje autosomów
26. Q51 wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy	57. Q95 zrównoważone translokacje
27. Q52 inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich	58. Q96 Zespół Turnera
28. Q53 niezstąpienie jąder	59. Q97 inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim
29. Q54 spodziectwo	60. Q98 inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim
30. Q55 inne wady wrodzone narządów płciowych męskich	61. Q99 inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej
31. Q56 narządy płciowe obojnacze	
KATEGORIA B	
1. Q00 bezmózgowie i podobne wady rozwojowe	14. Q37 rozszczep wargi i podniebienia
2. Q02 małogłowie	15. Q39 wady przetyku
3. Q03 wodogłowie	16. Q41 jelito cienkie – brak zarośnięcie zwężenie
4. Q04 inne wrodzone wady rozwojowe mózgu	17. Q42 jelito grube – brak zarośnięcie zwężenie

5.	Q05 rozszczep kręgosłupa	18.	Q60 nerki – agenezja i niedorozwój mięszu
6.	Q06 inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego	19.	Q65 zniekształcenia stawu biodrowego
7.	Q11 bezocze, małocze i wielkoocze	20.	Q71 zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej
8.	Q16 wady ucha powodujące upośledzenie słuchu	21.	Q72 zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej
9.	Q20 serce – wady jam i połączeń	22.	Q73 zniekształcenie zmniejszające kończyny, nie określone
10.	Q21 serce – wady przegród	23.	Q77 osteochondrodysplazje z upośledzeniem wzrostu kości długiej i kręgosłupa
11.	Q 22 – serce – wady zastawki pnia płucnego i trójdzielnej	24.	Q90 zespół Downa
12.	Q 23 – serce – wady zastawki aorty i dwudzielnej	25.	Q91 zespół Edwardsa i Patau
13.	Q25 układ naczyniowy – duże tętnice – wady		

TABELA USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		Procent uszczerbku na zdrowiu
1. Uszkodzenia głowy		
1)	ubytki w kościach czaszki – o charakterze wgłobień, szczeliny lub fragmentacje, niezależnie od rozległości	5
2)	złamanie podstawy czaszki	15
3)	złamanie nosa	5
4)	złamanie szczęki lub żuchwy	10
5)	utrata częściowa szczęki lub żuchwy	15
6)	utrata całkowita szczęki lub żuchwy	35
7)	amputacja nosa w całości	30
8)	amputacja skrzydełka nosa	10
9)	amputacja całkowita małżowiny usznej	15
10)	amputacja całkowita obu małżowin usznych	30
2. Uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy		
1)	porażenie połowicze utrwalone	100
2)	całkowita utrata mowy	100
3. Uszkodzenia narządu wzroku, słuchu		
1)	utrata wzroku w 1 oku	30
2)	utrata wzroku w obu oczach	100
3)	utrata słuchu w 1 uchu	30
4)	obustronna utrata słuchu	60
4. Uszkodzenia klatki piersiowej		
1)	złamanie mostka	3
2)	złamanie żebra w przypadku złamania do 4 żeber (za każde żebro)	1
3)	złamania więcej niż 4 żeber (niezależnie od liczby)	10
5. Uszkodzenia kręgosłupa		
1)	złamania kręgosłupa szyjnego w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	5
2)	złamania kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1 – Th11 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
3)	złamania kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12 – L5 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
6. Uszkodzenia rdzenia		
1)	całkowite porażenie 4 kończyn (tetraplegia)	100
2)	całkowite porażenie obu kończyn dolnych	90
3)	całkowite porażenie obu kończyn górnych	100
7. Uszkodzenia miednicy		
1)	złamania miednicy bez przerwania ciągłości obręczy biodrowej	8
2)	złamania miednicy z przerwaniem ciągłości obręczy biodrowej	20
3)	złamania panewki stawu biodrowego	10
8. Urazy narządu ruchu powodujące unieruchomienie przez co najmniej 7 dni		
1)	uraz w obrębie kręgosłupa	5
2)	uraz stawu biodrowego	10

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		Procent uszczerbku na zdrowiu
3)	uraz stawu kolanowego	5
4)	uraz stawu skokowego	3
5)	uraz stawu barkowego	7
6)	uraz stawu łokciowego	3
7)	uraz stawu nadgarstkowego	3
8)	uraz stawu w obrębie śródreżca i palców dłoni (maksymalnie za wiele urazów w obrębie śródreżca i palców dłoni – 5%)	1 (max. 5)
9. Uszkodzenia jamy brzusznej i narządów moczowo-płciowych		
1)	utrata fizyczna śledziony	15
2)	utrata fizyczna jednej nerki	20
3)	częściowa amputacja prącia	10
4)	całkowita amputacja prącia	30
5)	utrata fizyczna jednego jądra lub jajnika	10
6)	utrata fizyczna obu jąder lub jajników	30
7)	utrata fizyczna macicy i pochwy	30
10. Uszkodzenia kończyn górnych		
1)	złamania łopatki	4
2)	złamania obojczyka	4
3)	amputacja kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70
4)	amputacja kończyny wraz z łopatką	75
5)	złamanie trzonu kości ramiennej	10
6)	amputacja kończyny na poziomie ramienia	65
7)	amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90
8)	złamania dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej	7
9)	amputacja w stawie łokciowym	60
10)	złamania dalszych nasad 1 lub obu kości przedramienia	8
11)	złamania trzonów 1 lub obu kości przedramienia	7
12)	amputacja kończyny w obrębie przedramienia lub nadgarstka	50
13)	złamania nadgarstka	5
14)	amputacja dłoni na poziomie nadgarstka	50
15)	złamania pojedynczej kości śródreżca	3
16)	złamania kości śródreżca – 3 lub więcej	8
17)	amputacja w zakresie kciuka (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	5
18)	amputacja paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawnego lub obu paliczków	15
19)	złamania kciuka	3
20)	amputacja fragmentu opuszki palca	1
21)	amputacja w obrębie paliczka palca wskazującego (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	4
22)	amputacja paliczka paznokciowego i/lub paliczka środkowego	7
23)	amputacja 3 paliczków	10
24)	złamania palca wskazującego	3
25)	amputacja 2 lub 3 paliczków w zakresie palców III, IV lub V	5
26)	złamania w obrębie 1 palca dłoni w zakresie palca III, IV lub V	2
27)	złamania w obrębie 2 lub 3 palców 1 dłoni w zakresie palców III, IV lub V	4

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		Procent uszczerbku na zdrowiu
28)	złamania w obrębie 2 lub 3 palców jednej dłoni w zakresie palców III, IV lub V, przy jednoczesnym złamaniu w obrębie palca wskazującego	6
29)	amputacja 5 palców jednej ręki	40
11.	Uszkodzenia kończyn dolnych	
1)	złamania bliższego końca kości udowej (złamania szyjki, złamania przez- i podkrętarzowe, złamania krętarzy)	15
2)	amputacja kończyny dolnej przez wytuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	75
3)	amputacja obu kończyn dolnych przez wytuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	90
4)	złamania kości udowej	15
5)	amputacja kończyny na poziomie uda	55
6)	złamania nasad tworzących staw kolanowy i rzepki	10
7)	amputacja kończyny na poziomie kolana	50
8)	złamania jednej lub obu kości podudzia	10
9)	amputacja kończyny w obrębie podudzia	45
10)	złamania w obrębie stawu skokowo-goleniowego lub stawu skokowo-piętowego	5
11)	złamania kości skokowej lub piętowej	5
12)	złamania kości stępu	4
13)	złamania 1 lub 2 kości śródstopia (za każdą kość)	2
14)	złamania 3 i więcej kości śródstopia	5
15)	amputacja stopy w obrębie śródstopia	20
16)	amputacja stopy w stawie Lisfranca	25
17)	amputacja stopy w stawie Choparta	30
18)	amputacja stopy w całości	35
19)	amputacja obu stóp	70
20)	amputacja w obrębie paliczka paznokciowego i utrata całego paliczka	3
21)	amputacja całego palucha	8
22)	złamania palucha	2
23)	amputacja w zakresie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	3
24)	złamania w obrębie 1 palca stopy w zakresie palca II, III, IV lub V	1,5
25)	złamania w obrębie 2 lub więcej palców 1 stopy w zakresie palców II, III, IV lub V	3
26)	złamania w obrębie 2 lub więcej palców 1 stopy w zakresie palców II, III, IV lub V, przy jednoczesnym złamaniu w obrębie palucha	4
12.	Utrata lub złamanie zęba stałego	
1)	siekaczy lub kłów (za każdy ząb)	1,5
2)	pozostałych zębów (za każdy ząb)	1
13.	Urazowa utrata zęba mlecznego	1
14.	Rana cięta, szarpana lub miażdżona	
1)	w obrębie twarzy, szyi, dłoni	2
2)	w obrębie pozostałych części ciała	1
15.	Wstrząśnienie mózgu	4
16.	Oparzenia	
1)	II stopnia (< 2% powierzchni ciała)	2
2)	II stopnia (2-14% powierzchni ciała)	4
3)	II stopnia (15-30% powierzchni ciała)	7

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		Procent uszczerbku na zdrowiu
4)	II stopnia (> 30% powierzchni ciała)	30
5)	III stopnia (<5% powierzchni ciała)	4
6)	III stopnia (5-15% powierzchni ciała)	7
7)	III stopnia (>15% powierzchni ciała)	30
8)	dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10
17.	Odmrożenia co najmniej II stopnia:	
1)	palca dłoni lub stopy	1
2)	nosa lub ucha	3
3)	więcej niż 1 palca dłoni lub stopy	4

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ Z UMOWY

OPODATKOWANIE KWOT OTRZYMANYCH Z TYTUŁU UBEZPIECZEŃ OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy o PIT od podatku dochodowego wolne są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem: a) odszkodowań za szkody dotyczące składników majątku związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą lub prowadzeniem działów specjalnych produkcji rolnej, z których dochody są opodatkowane zgodnie z art. 27 ust. 1 lub art. 30c ustawy o PIT; b) dochodu otrzymanego z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi (art. 24 ust. 15 ustawy o PIT) oraz dochodu otrzymanego z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycie, zawartą na podstawie odrębnych przepisów, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest: 1) ustalane na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych albo 2) równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik (art. 24 ust. 15a ustawy o PIT).

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU USTAWY O PODATKU OD SPADKÓW I DAROWIZN

W myśl art. 831 § 3 kodeksu cywilnego suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu osobowym przypadająca uprawnionemu nie należy do spadku po ubezpieczonym i tym samym nie jest objęta podatkiem od spadku i darowizn określonym w ustawie z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn.

EGZEKUCJA SĄDOWA ŚWIADCZEŃ I ODSZKODOWAŃ

Zgodnie z art. 831 § 1 pkt 5 kodeksu postępowania cywilnego nie podlegają egzekucji świadczenia z tytułu ubezpieczeń osobowych oraz odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych, w granicach określonych w drodze rozporządzenia przez Ministrów Finansów i Sprawiedliwości. Stosownie do § 1 i 2 rozporządzenia Ministrów Finansów i Sprawiedliwości z dnia 4 lipca 1986 r. w sprawie określenia granic, w jakich świadczenia z ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej, świadczenia pieniężne z tytułu ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z tytułu ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej w trzech czwartych częściach tych świadczeń i odszkodowań. Ograniczenia egzekucji nie dotyczą egzekucji mającej na celu zaspokojenie roszczeń alimentacyjnych oraz składki należnej zakładowi ubezpieczeń z tytułu ubezpieczeń osobowych i majątkowych.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

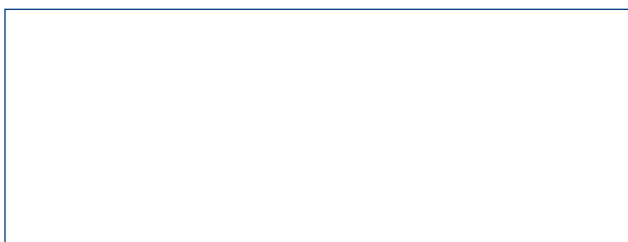
This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

TU Allianz Życie Polska S.A.

ul. Inflancka 4B

00-189 Warszawa

Skontaktuj się z agentem



Infolinia: 224 224 224 opłata zgodna z taryfą danego operatora

www.allianz.pl

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE
POŁĄCZONEGO Z GROMADZENIEM PIENIĘDZY

Twój Plan



Co zyskujesz dzięki ubezpieczeniu Twój Plan?

Dzięki ubezpieczeniu Twój Plan zapewniasz wsparcie finansowe swoim bliskim, gdyby Cię zabrakło, oraz sobie – w razie problemów ze zdrowiem i wypadków. Jednocześnie odkładasz pieniądze na dowolny cel – wpłacasz regularnie składki, które są inwestowane w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Możesz też wpłacać dodatkowe kwoty.

Możesz również:

- skorzystać z 20% zniżki na pakiet badań genetycznych oraz 10% zniżki na pakiet badań specjalistycznych, by zapobiegać wielu chorobom,
- ubezpieczyć życie i zdrowie swojej rodziny (do 10 osób) w ramach jednej polisy.

Czego dowiesz się z ogólnych warunków umowy głównej?

- wyjaśnimy terminy, którymi będziemy posługiwać się nie tylko w warunkach ogólnych, ale również w naszych listach i mailach,
- podpowiemy m.in. **jak rozszerzać zakres polisy**, zmieniać sumę ubezpieczenia oraz ubezpieczyć życie i zdrowie bliskiej osoby,
- szczegółowo opiszemy, **jak otrzymać pieniądze z polisy** i w jakich sytuacjach nie będą one mogły być wypłacone.

Zwróć uwagę

W dowolnej chwili możesz rozszerzyć zakres swojej polisy dzięki umowom dodatkowym. Zapewnisz sobie **wypłatę pieniędzy i pomoc** m.in. w razie poważnej choroby, niezdolności do pracy, leczenia w szpitalu, również za granicą, oraz wypadku. Koniecznie zapytaj swojego Agenta o **rabaty za zawarcie kilku umów**.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

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

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

SPIS TREŚCI

Zabezpieczenie bliskich oraz gromadzenie pieniędzy

Ogólne warunki ubezpieczenia „Twój Plan”	4
Wykaz opłat i limitów	15
Regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	16
Tymczasowa umowa ubezpieczenia na życie	23
Terminowe ubezpieczenie na życie	27

Wsparcie w razie problemów ze zdrowiem

Poważne zachorowanie	31
Leczenie za granicą	47
„Assistance Onkologiczny”	57
Niezdolność do pracy	65
Leczenie w szpitalu – „Na Zdrowie”	71
Pobyt w szpitalu	93
Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”	97
Zagraniczna druga opinia medyczna	129
Ubezpieczenie składki	133

Wsparcie finansowe w razie nieszczęśliwych wypadków (NW)

Śmierć wskutek NW	137
Śmierć wskutek NW komunikacyjnego	141
Kalectwo po NW	145
Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po NW	151
„Assistance Wypadkowy”	173
Niezdolność do pracy po NW	185
Pobyt w szpitalu wskutek NW	189
Koszty leczenia skutków NW	193
Koszty operacji plastycznych po NW	197
Dodatkowa ochrona po NW – „Dla Aktywnych”	201

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „TWÓJ PLAN” (OWU/TZI/5/2024)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 31-32
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Art. 16 ust. 3-4 Art. 24 ust. 1-4 Art. 25 ust. 1-4 Art. 26 ust. 4 Art. 27 ust. 5 Wykaz Opłat i Limitów
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Art. 23 ust. 3, ust. 6 Art. 27 ust. 4, ust. 6

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „TWÓJ PLAN” (OWU/TZI/5/2024)

KTO ZAWIERA UMOWĘ UBEZPIECZENIA (STRONY UMOWY)

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

- Akt Terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność. Działanie to zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych
- Alokacja** – przeliczenie Regularnej Składki Kapitałowej oraz Dodatkowej Składki Kapitałowej na Jednostki Funduszy, zgodnie ze wskazanym przez Ciebie podziałem między Fundusze
- Dodatkowa Składka Kapitałowa** – kwota, którą wpłacasz w dowolnych terminach po zawarciu Umowy w celu gromadzenia dodatkowych środków
- Dokument Ubezpieczenia** – polisa lub inny dokument, w którym potwierdzamy najważniejsze postanowienia Umowy
- Dzień Rejestracji Wpłaty** – dzień, w którym Regularna lub Dodatkowa Składka Kapitałowa wpływa na nasz rachunek bankowy
- Dzień Roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy
- Jednostki Funduszu (Jednostki)** – udziały o jednakowej wartości, na które jest podzielony Fundusz
- Miesięc Polisy** – okres, który rozpoczyna się w tym samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego. Jeśli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, to okres ten rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca. Pierwszy Miesiąc Polisy zaczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej
- Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
- Okres Podwyższonej Ochrony** – co najmniej 10-letni okres ubezpieczenia od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Okres ten może trwać najdłużej do Rocznic Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach. Ty wybierasz i wskazujesz we Wniosku długość okresu, w którym potrzebujesz podwyższonej ochrony
- Rachunek Jednostek (Rachunek)** – rachunek, na którym rejestrujemy Jednostki Funduszu po Alokacji i z którego odpisujemy Jednostki, gdy decydujesz się na przeniesienie Jednostek lub wypłatę środków, oraz pobieramy opłaty. Rachunek ten otwieramy w dniu zawarcia Umowy
- Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (Regulamin Funduszy)** – dokument, który zawiera informacje o:
 - Funduszach z naszej oferty, ich celach i zasadach działania oraz
 - profilach inwestycyjnych i Funduszach, które są dostępne w ramach tych profili.Czytaj go łącznie z OWU
- Regularna Składka Kapitałowa** – kwota, którą wpłacasz jako część Składki i przeznaczasz na regularne gromadzenie środków na Rachunku
- Rocznica Ubezpieczenia** – pierwszy dzień: drugiego i każdego kolejnego Roku Ubezpieczenia
- Rok Ubezpieczenia** – pierwsze 12 Miesięcy Polisy i kolejne 12-miesięczne okresy ochrony ubezpieczeniowej, które następują po sobie
- Składka** – suma Składki Ochronnej oraz Regularnej Składki Kapitałowej
- Składka Ochronna** – suma składki za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej i składek za Umowy Dodatkowe
- Suma Ubezpieczenia** – kwota, którą wypłacamy, gdy Ubezpieczony Główny umiera w Okresie Podwyższonej Ochrony – razem z innymi kwotami przewidzianymi w Umowie w tym okresie, zgodnie z tabelą świadczeń. Sumę Ubezpieczenia wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Tabela świadczeń znajduje się w dalszej części OWU
- Suma Ubezpieczenia na Całe Życie** – kwota, którą wypłacamy, gdy Ubezpieczony Główny umiera w dowolnym momencie w czasie trwania Umowy Głównej – razem z innymi kwotami przewidzianymi w Umowie zgodnie z tabelą świadczeń. Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Tabela świadczeń znajduje się w dalszej części OWU
- Suma Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – kwota, którą wypłacamy, gdy Ubezpieczony Główny umiera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który występuje przed Rocznicą Ubezpieczenia, przypadającą bezpośrednio po ukończeniu przez niego 70 lat – razem z innymi kwotami przewidzianymi w Umowie zgodnie z tabelą świadczeń. Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Tabela świadczeń znajduje się w dalszej części OWU
- Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – śmierć Ubezpieczonego Głównego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która następuje w ciągu 180 dni od tego wypadku
- Ubezpieczający/Ubezpieczony Główny (Ty)** – pełnoletnia osoba, która:
 - zawiera z nami Umowę i ma obowiązek płacić Składki,
 - w dniu rejestracji Wniosku ma mniej niż 61 lat,
 - jest jednocześnie Ubezpieczonym Głównym, czyli osobą, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej; na rzecz tej osoby można zawrzeć także Umowy Dodatkowe
- Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (Fundusz)** – część naszych aktywów, która została wydzielona w celu gromadzenia i inwestowania środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych zgodnie z Regulaminem Funduszy. Fundusze różnią się poziomem ryzyka inwestycyjnego oraz inwestują w jednostki uczestnictwa różnych kategorii funduszy i subfunduszy inwestycyjnych, a przez to pośrednio w wiele instrumentów finansowych (np. obligacje, akcje, instrumenty rynku pieniężnego)
- Ubezpieczony** – osoba, która w dniu rejestracji Wniosku ma mniej niż 61 lat i której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie dodatkowej terminowej ubezpieczenia na życie. Na rzecz Ubezpieczonego możesz zawrzeć także inne Umowy Dodatkowe. Jeśli Ubezpieczony jest niepełnoletni, to musi być dzieckiem własnym albo przysposobionym Twoim albo innego Ubezpieczonego w Umowie
- Umowa Dodatkowa** – część Umowy, która zapewnia dodatkową ochronę ubezpieczeniową – na podstawie odrębnych ogólnych warunków ubezpieczenia
- Umowa Główna** – umowa ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi, która przewiduje ochronę ubezpieczeniową w zakresie, który wskazujemy w OWU oraz inwestowanie Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej w Fundusze
- Umowa Ubezpieczenia (Umowa)** – Umowa Główna łącznie z Umowami Dodatkowymi
- Uposażony** – osoba, którą wskazujesz, aby otrzymała pieniądze w razie Twojej śmierci
- Uposażony Zastępczy** – osoba, którą wskazujesz, aby otrzymała pieniądze, jeśli w chwili Twojej śmierci Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia
- Wartość Jednostki Funduszu (Wartość Jednostki)** – wartość, zgodnie z którą Jednostki Funduszu są rejestrowane na Rachunku i z niego odpisywane. Ustalamy ją zgodnie z Regulaminem Funduszy
- Wartość Rachunku** – wartość Jednostek Funduszy zarejestrowanych na Rachunku, którą obliczamy, mnożąc liczbę Jednostek Funduszy przez ich wartość w danym dniu
- Wiek** – liczba ukończonych lat życia przez Ciebie lub Ubezpieczonego w dniu rejestracji Wniosku, a następnie – w każdą Rocznicę Ubezpieczenia
- Wniosek Ubezpieczeniowy (Wniosek)** – Twoja oferta zawarcia Umowy lub Umowy Dodatkowej, którą składasz na przygotowanym przez nas formularzu
- Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
- Wykaz Opłat i Limitów** – dokument, który zawiera informacje o opłatach i limitach, jakie stosujemy w Umowie, oraz informację,

jaki procent składek za ubezpieczenie na całe życie zwracamy w przypadku rozwiązania Umowy Głównej z innego powodu niż Twoja śmierć. Czytaj ten dokument łącznie z OWU

36. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające

użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu

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

ZAWARCIE UMOWY

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

1. W Umowie Głównej ochroną ubezpieczeniową obejmujemy Twoje życie.
2. W razie Twojej śmierci w czasie ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy świadczenie zgodnie z tabelą świadczeń:

Tabela świadczeń				
Zdarzenie	Świadczenie	Świadczenia w Okresie Podwyższonej Ochrony	Świadczenia po Okresie Podwyższonej Ochrony	Świadczenia po Roczniczy Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ciebie 70 lat
Na kwotę świadczenia ubezpieczeniowego składają się:				
Śmierć		1. Suma Ubezpieczenia na Całe Życie 2. Suma Ubezpieczenia 3. Wartość Rachunku	1. Suma Ubezpieczenia na Całe Życie 2. Wartość Rachunku	1. Suma Ubezpieczenia na Całe Życie 2. Wartość Rachunku
Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który występuje przed Rocznicą Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ciebie 70 lat		4. Suma Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	3. Suma Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Brak świadczenia. Jeśli jednak Nieszczęśliwy Wypadek występuje przed Rocznicą Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach, a śmierć wskutek tego wypadku po tej rocznicy, ale w ciągu 180 dni od wypadku, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

ART. 3 JAKA JEST SUMA UBEZPIECZENIA NA CAŁE ŻYCIE I SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. We Wniosku wybierasz:
 - a) Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie,
 - b) Sumę Ubezpieczenia oraz
 - c) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Uzgodnione sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

ART. 4 JAK ZAWRZEĆ UMOWĘ GŁÓWNĄ I UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Przed zawarciem Umowy Głównej uzyskujemy w formie ankiety informacje dotyczące Twoich potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz Twojej sytuacji finansowej, abyśmy mogli dokonać oceny, które z ubezpieczeń z naszej oferty jest odpowiednie do Twoich potrzeb.
2. Zawrzemy z Tobą Umowę Główną, jeśli na podstawie uzyskanych informacji uznamy, że jest ona odpowiednia do Twoich potrzeb. W przeciwnym razie Umowa może zostać zawarta wyłącznie po złożeniu przez Ciebie pisemnego żądania jej zawarcia oraz pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z naszym ostrzeżeniem, że umowa nie jest odpowiednia do Twoich potrzeb.
3. Możesz odmówić wypełnienia ankiety. W takim przypadku mamy ograniczoną możliwość oceny, które z ubezpieczeń z naszej oferty jest odpowiednie do Twoich potrzeb i możesz zawrzeć Umowę wyłącznie wtedy, gdy złożysz pisemne żądanie jej zawarcia.
4. Umowę Dodatkową zawierasz z nami po zbadaniu potrzeb ubezpieczeniowych Twoich i Ubezpieczonego – w zależności od tego, na czyją rzecz chcesz zawrzeć tę umowę.
5. Umowę Główną i Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie Wniosku.
6. Umowę Dodatkową zawierasz z nami:

- a) jednocześnie z Umową Główną albo
- b) w czasie trwania Umowy – jest to dokupienie; ogólne warunki ubezpieczenia niektórych Umów Dodatkowych mogą nie przewidywać takiej możliwości.

W czasie trwania Umowy możemy zaproponować Ci także inny tryb zawarcia Umowy Dodatkowej oraz inny czas trwania tej umowy.

7. Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
8. Możemy poprosić Ciebie lub Ubezpieczonego o:
 - a) dodatkowe informacje i dokumenty, w tym takie, które dotyczą stanu zdrowia, lub
 - b) wykonanie badań analitycznych lub lekarskich – na nasz koszt i we wskazanych przez nas placówkach medycznych.
9. Wynik oceny ryzyka ubezpieczeniowego przekazujemy w jeden z następujących sposobów:
 - a) doręczamy Ci Dokument Ubezpieczenia, którym potwierdzamy naszą wolę zawarcia z Tobą Umowy Głównej lub Umowy Dodatkowej. W chwili, w której otrzymujesz ten dokument, zawierasz z nami Umowę lub Umowę Dodatkową na warunkach określonych w Twoim Wniosku,
 - b) przedstawiamy Ci w Dokumencie Ubezpieczenia inne warunki Umowy lub Umowy Dodatkowej niż określone w Twoim Wniosku (warunki szczególne). Jeśli nie akceptujesz tych warunków, poinformuj nas o tym w ciągu 14 dni od otrzymania dokumentów. Jeśli tego nie zrobisz, zawierasz z nami tę umowę z początkiem 15 dnia od otrzymania tych dokumentów – na warunkach, które określamy w Dokumencie Ubezpieczenia,
 - c) odmawiamy zawarcia z Tobą Umowy lub Umowy Dodatkowej.

ART. 5 JAK DŁUGO TRWA UMOWA GŁÓWNA I UMOWY DODATKOWE

1. Umowę Główną zawierasz z nami na czas nieokreślony.
2. Umowę Dodatkową zawierasz z nami:
 - a) na rok – w przypadku, gdy zawierasz daną Umowę Dodatkową razem z Umową Główną oraz gdy zawierasz Umowę Dodatkową na kolejny okres,

- b) do końca danego Roku Ubezpieczenia – w przypadku dokupienia; jeśli składasz Wniosek o dokupienie, gdy do końca Roku Ubezpieczenia pozostało mniej niż 49 dni, Umowę Dodatkową zawierasz do końca kolejnego Roku Ubezpieczenia.

Ogólne warunki ubezpieczenia niektórych Umów Dodatkowych mogą przewidywać inny czas trwania Umowy Dodatkowej.

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

1. Twoja ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Ochrona nie może się jednak rozpocząć wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas pierwszej Składki, która wynika z Umowy.
2. Twój Okres Podwyższonej Ochrony kończy się w dniu, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
3. Twoja ochrona z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku kończy się w ostatnim dniu przed Rocznicą Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ciebie 70 lat.
4. Twoja ochrona ubezpieczeniowa kończy się, gdy Umowa wygaśnie lub zostanie rozwiązana.

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

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

ART. 8 JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI

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

ART. 9 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI ORAZ OBOWIĄZKI KAŻDEGO UBEZPIECZONEGO

1. Ty, jako osoba, która zawarła z nami Umowę, masz obowiązek:
 - a) opłacać Składki w uzgodnionych z nami terminach,
 - b) informować nas o zmianie danych osobowych i teleadresowych – swoich i Ubezpieczonego.
2. Ty i Ubezpieczony macie obowiązek udzielić zgodnych z prawdą odpowiedzi na nasze pytania, które zadajemy, zanim:
 - a) zawrzemy z Tobą Umowę Główną lub Umowę Dodatkową,
 - b) podwyższymy Sumę Ubezpieczenia lub sumę ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub wykonamy inną zmianę zakresu ubezpieczenia.
3. Jeśli Twoja śmierć lub śmierć Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy, zanim zawarliśmy z Tobą Umowę Główną lub Umowę dodatkową terminowego ubezpieczenia na życie albo zanim podwyższyliśmy sumy ubezpieczenia w którejkolwiek z tych umów, i które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo w ciągu 3 lat od:

- a) zawarcia takiej umowy – odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia,
- b) podwyższenia sumy ubezpieczenia – wypłacić kwotę sprzed podwyższenia.

4. Jeśli zdarzenie, które jest objęte ubezpieczeniem w Umowie Dodatkowej innej niż na życie, jest skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem tej umowy albo przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia lub innego świadczenia w tej umowie i które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo:
 - a) odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia – gdy zadaliśmy pytania przed zawarciem umowy – albo
 - b) wypłacić kwotę sprzed podwyższenia – gdy zadaliśmy pytania przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia lub innego świadczenia.

ART. 10 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI WOBEC UBEZPIECZONEGO

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

ART. 11 ILE KOSZTUJE UMOWA GŁÓWNA

1. Miesięczna składka za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej pokrywa koszt ochrony ubezpieczeniowej, jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Twojego Wiek,
 - b) Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie,
 - c) Sumy Ubezpieczenia oraz długości Okresu Podwyższonej Ochrony,
 - d) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - e) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Taryfy składek ustalamy w taki sposób, aby zapewniły co najmniej:
 - a) wykonanie wszystkich naszych zobowiązań, które wynikają z zawartych Umów Głównych, w tym pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, oraz
 - b) pokrycie kosztów naszej działalności ubezpieczeniowej.
3. Przy ustalaniu taryf składek uwzględniamy:
 - a) czas trwania ubezpieczenia,
 - b) co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia) i ile pieniędzy wypłacamy,
 - c) okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia.
4. Składka za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej obniża się, gdy:
 - a) kończy się Okres Podwyższonej Ochrony – od tego momentu przestajesz opłacać część składki za ubezpieczenie na życie, zgodnie z Dokumentem Ubezpieczenia,
 - b) wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – w Rocznicę Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach.
5. Regularną Składkę Kapitałową przestajesz opłacać od Rocznicy Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach. Nadal możesz wpłacać Dodatkowe Składki Kapitałowe.
6. Składkę za ubezpieczenie na całe życie przestajesz opłacać od Rocznicy Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 85 urodzinach. Mimo tego Suma Ubezpieczenia na Całe Życie nadal obowiązuje – w takiej samej wysokości jak w poprzednią Rocznicę Ubezpieczenia.
7. Minimalne składki, które obowiązują w Umowie, wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.

ART. 12 JAK WPLACAĆ REGULARNE I DODATKOWE SKŁADKI KAPITAŁOWE. CO SIĘ DZIEJE Z PIENIĘDZMI, KTÓRE WPLACASZ

1. Regularna Składka Kapitałowa jest częścią Składki.
2. Oprócz Regularnych Składek Kapitałowych możesz także wpłacać Dodatkowe Składki Kapitałowe:
 - a) w dowolnych terminach w czasie trwania Umowy,
 - b) na odrębny rachunek bankowy, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
3. Regularne i Dodatkowe Składki Kapitałowe przeznaczasz na gromadzenie dodatkowych środków. Składki te przeliczamy na Jednostki Funduszy – zgodnie ze wskazanym przez Ciebie podziałem między Fundusze.
4. Fundusze wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Głównej – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z tymi zasadami, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.
5. We Wniosku wskazujesz wysokość Regularnej Składki Kapitałowej oraz jej procentowy podział między Fundusze (minimalnie 5% do jednego Funduszu). Procentowy podział Dodatkowej Składki Kapitałowej między Fundusze jest taki sam, jak Regularnej Składki Kapitałowej.
6. Limity, które dotyczą Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej, wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.

ART. 13 JAK ALOKUJEMY REGULARNĄ I DODATKOWĄ SKŁADKĘ KAPITAŁOWĄ W FUNDUSZE

1. Regularną i Dodatkową Składkę Kapitałową uznajemy za zapłaconą w Dniu Rejestracji Wpłaty.
2. Alokacja następuje:
 - a) w ciągu 7 Dni Roboczych od Dnia Rejestracji Wpłaty i najwcześniej w terminie płatności Składki – w przypadku Regularnej Składki Kapitałowej,
 - b) w ciągu 7 Dni Roboczych od Dnia Rejestracji Wpłaty i najwcześniej w dniu zawarcia Umowy – w przypadku Dodatkowej Składki Kapitałowej,i według Wartości Jednostek z dnia Alokacji.
3. Liczbę i Wartość Jednostek rejestrowanych na Rachunku i z niego odpisywanych zaokrąglamy do 5. miejsca po przecinku.

ART. 14 ILE KOSZTUJE UMOWA DODATKOWA

1. Zasady, na podstawie których ustalamy miesięczną składkę za Umowę Dodatkową, wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

2. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek.
3. Taryfy składek ustalamy w taki sposób, aby zapewniły co najmniej:
 - a) wykonanie wszystkich naszych zobowiązań, które wynikają z zawartych Umów Dodatkowych, w tym pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, oraz
 - b) pokrycie kosztów naszej działalności ubezpieczeniowej.
4. Przy ustalaniu taryf składek uwzględniamy:
 - a) maksymalny łączny czas trwania pierwszej i kolejnych Umów Dodatkowych, który wynika z ogólnych warunków ubezpieczenia danej umowy i Wieku Ubezpieczonego,
 - b) co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia) i ile pieniędzy wypłacamy,
 - c) okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 15 JAK WPLACAĆ SKŁADKI I JAKIE SĄ SKUTKI NIEOPLACENIA SKŁADKI

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

ART. 16 W JAKI SPOSÓB CZASOWO ZAWIESIĆ OPLACANIE SKŁADEK

1. Czasowe zawieszenie opłacania Składek (zawieszenie) następuje na Twój wniosek albo automatycznie – na skutek nieopłacania Składek.
2. Możesz skorzystać z czasowego zawieszenia opłacania Składek, gdy są spełnione oba warunki:
 - a) minęły co najmniej 3 lata od zawarcia Umowy i opłaciłeś wszystkie Składki za ten 3-letni okres,
 - b) Wartość Rachunku jest co najmniej równa sumie 24 Składek Ochronnych; do obliczenia tej kwoty bierzemy pod uwagę Składkę Ochronną, która obowiązuje: w dniu rejestracji Twojego wniosku o zawieszenie albo – w przypadku zawieszenia automatycznego – w terminie płatności 4. zaległej Składki.
3. Gdy składasz do nas wniosek o zawieszenie, to wybierasz jedną z dwóch opcji:

Składki i ochrona ubezpieczeniowa w czasie zawieszenia opłacania Składek	Opcja I	Opcja II
Składka za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej	Pobieramy tę składkę poprzez odpisanie z Rachunku takiej liczby Jednostek Funduszy, których wartość jest równa składce za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej	
Regularna Składka Kapitałowa	Nie jest wymagana	
Składki za Umowy Dodatkowe	Nie wpłacasz składek za Umowy Dodatkowe: Twoje i Ubezpieczonego – pokrywamy je poprzez odpisanie z Rachunku takiej liczby Jednostek Funduszy, których wartość jest równa sumie składek za Umowy Dodatkowe	Wpłacasz sumę składek za Umowy Dodatkowe: Twoje i Ubezpieczonego
Ochrona ubezpieczeniowa – Umowa Główna	Jesteś objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Głównej	
Ochrona ubezpieczeniowa – Umowy Dodatkowe	Ty i Ubezpieczony jesteście objęci ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów Dodatkowych	

4. Aby pokryć składki za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub składki za Umowy Dodatkowe z Rachunku, odpisujemy Jednostki Funduszy:
 - a) w terminach płatności Składki oraz
 - b) według Wartości Jednostek, które obowiązują w tym dniu.
5. Automatyczne zawieszenie następuje zgodnie z opcją I:
 - a) w terminie płatności 4. nieopłaconej Składki i według Wartości Jednostek, które obowiązują w tym dniu,
 - b) ze skutkiem od terminu płatności 1. zaległej Składki.
6. Zawieszenie na Twój wniosek następuje od terminu płatności Składki, który wskazujesz w tym wniosku, o ile opłaciłeś Składki należne do tego terminu płatności. Twój wniosek wymaga naszej akceptacji.
7. Jeśli we wniosku wskazujesz opcję II zawieszenia, a następnie spóźnisz się z płatnością o więcej niż 60 dni, to poinformujemy Cię pisemnie, że nie otrzymaliśmy Twojej wpłaty i z czym się wiąże dalsze nieopłacenie sumy składek za Umowy Dodatkowe. Wyznamy Ci również przynajmniej 7 dni na wpłatę. Jeśli w tym czasie jej nie

dokonasz, to Umowa rozwiąże się następnego dnia po upływie tego okresu.

8. Kolejny raz możesz zawiesić opłacanie składek po upływie 3 lat od końca poprzedniego zawieszenia. Każdy okres zawieszenia może trwać maksymalnie 12 Miesięcy Polisowych.
9. Jeśli chcesz skrócić okres zawieszenia, to poinformuj nas o tym i wpłać Składkę. Na tej podstawie zakończymy ten okres w najbliższym terminie płatności, który przypada po dniu, w którym otrzymaliśmy Twój wniosek i zarejestrowaliśmy Składkę.
10. Po zakończeniu czasowego zawieszenia Składek następuje wznowienie opłacania Składek i masz obowiązek je wpłacać w terminach płatności. Jeśli spóźnisz się z płatnością o więcej niż 60 dni, to poinformujemy Cię pisemnie, że nie otrzymaliśmy Twojej Składki i z czym się wiąże jej dalsze nieopłacanie. Wyznamy Ci również przynajmniej 7 dni na wpłatę. Jeśli w tym czasie nie wpłacisz Składki, to Umowa rozwiąże się następnego dnia po upływie tego okresu.
11. W czasie zawieszenia nie możesz wnioskować o podwyższenie sum ubezpieczenia ani dokupienie Umowy Dodatkowej.
12. W czasie zawieszenia możesz wpłacać Dodatkowe Składki Kapitałowe.
13. Jeśli w czasie zawieszenia przypada Rocznica Ubezpieczenia, to proponujemy Ci kontynuację Umów Dodatkowych, ale nie proponujemy Ci indeksacji.
14. Jeśli w okresie zawieszenia Wartość Rachunku nie jest wystarczająca na pokrycie Składki Ochronnej albo składki za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej – w zależności od opcji zawieszenia – to informujemy Cię o tym fakcie oraz o konieczności wznowienia opłacania Składek. Wyznamy Ci przynajmniej 7 dni na wpłatę. Jeśli w tym czasie nie wpłacasz Składki, to Umowa rozwiązuje się następnego dnia po upływie tego okresu.

ZMIANY W UMOWIE

ART. 17 JAK PODWYŻSZYĆ ALBO OBNIŻYĆ SUMĘ UBEZPIECZENIA, SUMĘ UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LUB INNE ŚWIADCZENIE

1. Zmiana Sumy Ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub innego świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej następuje na Twój wniosek, wymaga naszej akceptacji oraz powoduje zmianę Składki.
 2. Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
 - a) różnicę między nową a dotychczasową Sumą Ubezpieczenia,
 - b) Wiek Ubezpieczonego Głównego w dniu rejestracji wniosku o zmianę,
 - c) czas, jaki pozostał do zakończenia Okresu Podwyższonej Ochrony,
 - d) wyniki naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
 3. Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za Umowę Dodatkową, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
 - a) różnicę między nową a dotychczasową sumą ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub różnicę między nowym a dotychczasowym innym świadczeniem,
 - b) Wiek Ubezpieczonego w dniu rejestracji wniosku o zmianę,
 - c) wyniki naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
 4. Przed podwyższeniem możemy poprosić osobę, której zmiana dotyczy, aby:
 - a) uzupełniła informacje we wniosku o zmianę,
 - b) przekazała nam informacje o stanie swojego zdrowia lub
 - c) wykonała badania lekarskie – na nasz koszt i we wskazanych przez nas placówkach medycznych.
 5. Możesz złożyć wniosek o obniżenie Sumy Ubezpieczenia, gdy miną co najmniej 3 lata od zawarcia Umowy i opłacisz Składki za ten okres.
 6. Suma Ubezpieczenia, suma ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie zmienia się:
 - a) od najbliższego Miesiąca Polisowego po naszej akceptacji Twojego wniosku o zmianę,
 - b) w przypadku podwyższenia – od najbliższego Miesiąca Polisowego po naszej akceptacji Twojego wniosku o zmianę i otrzymaniu podwyższonej Składki.
- Jeśli składasz wniosek później niż na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia, to zmiana obowiązuje najwcześniej od tej Rocznicy Ubezpieczenia.

7. Nie możesz zmienić Sumy Ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej ani innego świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w okresie, w którym przejeśliśmy opłacanie Składek na podstawie Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki oraz w okresie zawieszenia opłacania Składek.

ART. 18 NA CZYM POLEGA INDEKSACJA

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

ART. 19 CZY I JAK ZAWRZEMY Z TOBĄ UMOWĘ DODATKOWĄ NA KOLEJNY OKRES

1. Propozycję zawarcia Umowy Dodatkowej na kolejny okres przygotowujemy:
 - a) na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia,
 - b) dla Umów Dodatkowych, których ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość, i na zasadach, które wskazujemy w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
2. W propozycji wskazujemy nową składkę za Umowę Dodatkową. Gdy ją obliczamy, uwzględniamy:
 - a) Wiek Ubezpieczonego Głównego albo Wiek Ubezpieczonego – w zależności od tego, kogo ta umowa dotyczy,
 - b) naszą aktualną taryfę składek,
 - c) sumę ubezpieczenia – albo inne świadczenie, które przewiduje ta Umowa Dodatkowa,
 - d) wskaźnik indeksacji – jeśli korzystasz z indeksacji,

- e) wynik naszej wcześniejszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Gdy otrzymujesz naszą propozycję, możesz:
 - a) zapłacić nową Składkę, która obowiązuje od Rocznic Ubezpieczenia – oznacza to, że zawierasz z nami Umowę Dodatkową na kolejny okres zgodnie z naszą propozycją – albo
 - b) złożyć oświadczenie o rezygnacji z zawarcia Umowy Dodatkowej na kolejny okres – oznacza to, że obowiązująca umowa wygasa, gdy upłynie okres, na który została zawarta. Jeśli nie zgłaszasz rezygnacji najpóźniej na 14 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia, to nasza oferta obowiązuje od Rocznic Ubezpieczenia.
4. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej na rzecz Ubezpieczonego, jeśli jednocześnie nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie na rzecz tego Ubezpieczonego.

ART. 20 JAK ZMIENIĆ WYSOKOŚĆ REGULARNEJ SKŁADKI KAPITAŁOWEJ

1. Możesz zmienić wysokość Regularnej Składki Kapitałowej – zgodnie z limitami, które obowiązują dla takiej składki.
2. Możesz złożyć wniosek o obniżenie Regularnej Składki Kapitałowej, gdy miną co najmniej 3 lata od zawarcia Umowy Głównej i opłacisz Składki za ten okres.
3. Abyśmy mogli wykonać zmianę, potrzebujemy Twojego wniosku. Zmiana wymaga naszej akceptacji.
4. Jeśli zawarłeś Umowę Dodatkową Ubezpieczenia Składki, to przed podwyższeniem Regularnej Składki Kapitałowej możemy poprosić, abyś:
 - a) uzupełnił informacje we wniosku o zmianę,
 - b) przekazał nam informacje o swoim stanie zdrowia lub
 - c) wykonał badania lekarskie – na nasz koszt i we wskazanych przez nas placówkach medycznych.
5. Nie możesz podwyższyć Regularnej Składki Kapitałowej w okresie, w którym przejęliśmy opłacanie Składek na podstawie Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki oraz w okresie zawieszenia opłacania Składek.
6. Zmiana obowiązuje od terminu płatności Składki, który przypada bezpośrednio po wyrażeniu przez nas zgody na taką zmianę.
7. Zmianę potwierdzamy odrębną korespondencją.

ART. 21 JAK ZMIENIĆ PODZIAŁ SKŁADKI MIĘDZY FUNDUSZE

1. Możesz zmienić procentowy podział następnej Regularnej Składki Kapitałowej między Fundusze.
2. Nowe Fundusze wybierasz spośród tych, które są dla Ciebie dostępne w ramach Umowy Głównej w dniu, w którym składasz wniosek o zmianę, zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Określasz także procentowy podział tej składki między Fundusze (minimalnie 5% do jednego Funduszu). Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.
3. Zmianę realizujemy w ciągu 7 Dni Roboczych od dnia, w którym otrzymujemy Twój wniosek.
4. Nowy podział między Fundusze stosujemy do Regularnych oraz Dodatkowych Składek Kapitałowych, które alokujemy po dniu, w którym zrealizujemy zmianę.

ART. 22 JAK PRZENIEŚĆ JEDNOSTKI FUNDUSZU DO INNEGO FUNDUSZU

1. Możesz złożyć wniosek o przeliczenie Jednostek danego Funduszu (minimalnie 5%) na Jednostki innego Funduszu (przeniesienie). W wyniku przeniesienia na Rachunku następuje odpisanie Jednostek jednego Funduszu i rejestracja Jednostek innego Funduszu.
2. Nowy Fundusz wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Głównej w dniu, w którym składasz wniosek, zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z tymi zasadami, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.
3. Zmianę realizujemy w ciągu 7 Dni Roboczych od dnia, w którym otrzymujemy Twój wniosek, i według Wartości Jednostek, które obowiązują w dniu realizacji zmiany.

ART. 23 JAK WYPŁAĆCIĆ PIENIĄDZE Z RACHUNKU

1. Możesz złożyć wniosek o wypłatę części Wartości Rachunku.
2. Rejestrujemy tylko taki wniosek, który jest kompletny i poprawnie wypełniony. Jeśli wniosek nie zawiera danych koniecznych do zrealizowania wypłaty, to prosimy o ich uzupełnienie.
3. Wniosek o wypłatę części Wartości Rachunku możesz złożyć, gdy minęły co najmniej 3 lata od zawarcia Umowy i opłaciłeś wszystkie Składki za ten 3-letni okres.
4. We wniosku o wypłatę części Wartości Rachunku wskazujesz:
 - a) kwotę, którą chcesz wypłacić lub
 - b) Fundusze, z których chcesz odpisać Jednostki.
 Jeśli nie wskazujesz Funduszy, to odpisujemy Jednostki ze wszystkich Funduszy, proporcjonalnie do udziału Funduszy w Wartości Rachunku.
5. Jeśli Wartość Jednostek Funduszu, który wskazujesz, jest zbyt niska, abyśmy mogli zrealizować oczekiwaną przez Ciebie wypłatę, to:
 - a) odpisujemy wszystkie Jednostki tego Funduszu,
 - b) brakującą kwotę uzyskujemy z proporcjonalnego odpisania Jednostek z pozostałych Funduszy; proporcja ta wynika z udziału Wartości Jednostek danego Funduszu w Wartości Rachunku.
6. Po wypłacie na Rachunku musi pozostać równowartość 24 Składek Ochronnych. Do obliczenia tej kwoty bierzemy pod uwagę Składkę Ochronną, która obowiązuje w dniu rejestracji Twojego wniosku o wypłatę części Wartości Rachunku. Jeśli nie chcesz pozostawić na Rachunku równowartości 24 Składek Ochronnych, to możesz złożyć wniosek o wypłatę całości Wartości Rachunku.
7. Wypłata następuje poprzez odpisanie z Rachunku takiej liczby Jednostek Funduszy, których wartość jest równa kwocie, którą wskazujesz.
8. Kwotę do wypłaty obliczamy według Wartości Jednostek, które obowiązują następnego Dnia Roboczego po dniu, w którym otrzymujemy Twój kompletny i poprawnie wypełniony wniosek. Pieniądze wypłacamy w ciągu kolejnych 14 Dni Roboczych, w złotych polskich, przelewem na jeden rachunek bankowy, który wskazujesz albo w inny uzgodniony z Tobą sposób.
9. Twój wniosek o wypłatę całości Wartości Rachunku albo kwoty wyższej niż Wartość Rachunku uznamy za wypowiedzenie Umowy.
10. Jeśli tego samego dnia odpisujemy i rejestrujemy Jednostki na Rachunku, to wykonujemy to w następującej kolejności:
 - a) odpisujemy Jednostki w związku z pobraniem opłaty dystrybucyjnej,
 - b) odpisujemy Jednostki w związku z wypłatą całości Wartości Rachunku oraz pobraniem opłaty za rozwiązanie Umowy,
 - c) odpisujemy i rejestrujemy Jednostki w związku z przeniesieniem Jednostek,
 - d) odpisujemy Jednostki w związku z wypłatą części Wartości Rachunku,
 - e) rejestrujemy Jednostki w związku z Alokacją.

JAKIE OPŁATY POBIERAMY Z RACHUNKU I NA CO JE PRZEZNACZAMY

ART. 24 NA CO PRZEZNACZAMY OPŁATĘ ZA ZARZĄDZANIE I ADMINISTRACJĘ FUNDUSZEM ORAZ KIEDY I W JAKIEJ WYSOKOŚCI JĄ POBIERAMY

1. Opłatę za zarządzanie i administrowanie Funduszem przeznaczamy na pokrycie kosztów:
 - a) dla zarządzających funduszami inwestycyjnymi, w które inwestowane są aktywa poszczególnych Funduszy (w tym kosztów agenta transferowego),
 - b) prowadzenia czynności księgowo-administracyjnych, w tym procesu wyceny Funduszy,
 - c) prowadzenia naszej działalności związanej z oferowaniem i obsługą ubezpieczeń z Funduszami.
2. Opłatę pobieramy przez cały czas trwania Umowy Głównej – z aktywów Funduszu podczas ich wyceny, każdego Dnia Roboczego oraz ostatniego dnia miesiąca. Pobranie opłaty zmienia wartość tych aktywów, a tym samym – Wartość Jednostki.
3. Wysokość opłaty dla każdego Funduszu ustalamy zgodnie z Regulaminem Funduszy dla wszystkich umów ubezpieczenia, w których jest możliwe zakupienie Jednostek tego Funduszu.

4. Wysokość tej opłaty wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.

ART. 25 NA CO PRZEZNACZAMY OPŁATĘ DYSTRYBUCYJNĄ ORAZ KIEDY I W JAKIEJ WYSOKOŚCI JĄ POBIERAMY

1. Opłatę dystrybucyjną przeznaczamy na pokrycie kosztów zawarcia Umowy Głównej.
2. Pobieramy ją z Rachunku po Alokacji:
 - a) każdej Regularnej Składki Kapitałowej, której termin płatności przypada w 1. Roku Ubezpieczenia,
 - b) każdej Dodatkowej Składki Kapitałowej.
3. Opłatę pobieramy 5. dnia po Alokacji poprzez proporcjonalne odpisanie z każdego Funduszu odpowiedniej liczby Jednostek i według Wartości Jednostek, które obowiązują w tym dniu.
4. Wysokość tej opłaty wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY I ROZWIĄZANIE UMOWY

ART. 26 KIEDY MOŻESZ ODSTĄPIĆ OD UMOWY LUB UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz odstąpić od Umowy lub Umowy Dodatkowej w ciągu 30 dni od ich zawarcia. W ciągu 14 dni od otrzymania Twojego oświadczenia o odstąpieniu zwracamy Ci:
 - a) w przypadku odstąpienia od Umowy – Składkę Ochronną oraz Wartość Rachunku z dnia, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o odstąpieniu; Wartość Rachunku powiększamy o równowartość opłaty dystrybucyjnej, którą pobraliśmy do dnia odstąpienia;
 - b) w przypadku odstąpienia od Umowy Dodatkowej – składkę za Umowę Dodatkową.
2. Jeśli nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia najpóźniej w dniu zawarcia Umowy lub Umowy Dodatkowej, to możesz odstąpić od danej umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym się dowiadujesz o tym prawie.
3. Kwoty, które zwracamy w przypadku odstąpienia, mamy prawo pomniejszyć o:
 - a) składkę za udzieloną przez nas ochronę ubezpieczeniową oraz
 - b) koszty badań analitycznych lub lekarskich, które zostały wykonane na nasz koszt przed zawarciem Umowy lub Umowy Dodatkowej – jeśli występujesz z wnioskiem o udostępnienie wyników tych badań.
4. Możesz także odstąpić od Umowy w ciągu 60 dni od dnia, w którym po raz pierwszy otrzymujesz od nas roczną informację o Wartości Rachunku. W takim przypadku w ciągu 14 dni od otrzymania Twojego oświadczenia o odstąpieniu wypłacamy Ci Wartość Rachunku z dnia, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie, po pomniejszeniu o opłatę z tytułu odstąpienia. Wysokość tej opłaty wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.
5. Ciebie lub Ubezpieczonego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową do dnia, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.
6. Kwoty, które zwracamy w przypadku odstąpienia, wypłacamy przelewem na jeden rachunek bankowy, który wskazujesz albo w inny uzgodniony z Tobą sposób..

ART. 27 KIEDY MOŻESZ WYPOWIEDZIEĆ UMOWĘ LUB UMOWĘ DODATKOWĄ I KIEDY TE UMOWY ULEGĄJĄ ROZWIĄZANIU

1. Możesz wypowiedzieć Umowę lub Umowę Dodatkową w dowolnym momencie w czasie trwania danej umowy. Umowa ta zostanie rozwiązana, gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy wypowiedzenie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu także wtedy, gdy:
 - a) masz opóźnienie w opłacie Składek, nie masz możliwości skorzystania z zawieszenia i nie wpłacasz Składki w okresie, który wskazujemy,
 - b) w okresie zawieszenia Wartość Rachunku nie jest wystarczająca na pokrycie Składki Ochronnej albo składki za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej – w zależności od opcji zawieszenia – i nie wpłacasz Składki w okresie, który wskazujemy,

– następnego dnia po upływie okresu, który wskazujemy w dodatkowym piśmie.

3. Umowa ulega rozwiązaniu z chwilą Twojej śmierci.
4. W przypadku rozwiązania Umowy z innego powodu niż Twoja śmierć wypłacamy Ci Wartość Rachunku. Obliczamy ją według Wartości Jednostek, które obowiązują następnego Dnia Roboczego po dniu rozwiązania Umowy.
5. Jeśli rozwiązanie Umowy następuje w pierwszych 3 latach jej trwania, to Wartość Rachunku pomniejszamy o opłatę w razie rozwiązania Umowy, którą wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.
6. Jeśli minie 11 pełnych Lat Ubezpieczenia i wszystkie składki za Umowę Główną w tym okresie zostaną opłacone, to w przypadku rozwiązania Umowy z innego powodu niż Twoja śmierć zwrócimy Ci także odpowiedni procent składek za ubezpieczenie na całe życie. Procent ten wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia oraz w Wykazie Opłat i Limitów. Procent ten zależy od tego, za ile pełnych Lat Ubezpieczenia są opłacone składki za ubezpieczenie na całe życie.
7. Kwoty, które wskazujemy wyżej wypłacamy w ciągu 14 Dni Roboczych od dnia rozwiązania Umowy – przelewem na jeden rachunek bankowy, który wskazujesz, albo w inny uzgodniony z Tobą sposób.

WYPŁATA PIENIĘDZY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

ART. 28 KOMU WYPŁACAMY PIENIĄDZE Z UMOWY GŁÓWNEJ

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

ART. 29 ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY Z UMOWY GŁÓWNEJ

1. Jeśli Twoja śmierć następuje w Okresie Podwyższonej Ochrony, to wypłacamy:
 - a) Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie,
 - b) Sumę Ubezpieczenia oraz
 - c) Wartość Rachunku.Ponadto, w przypadku Twojej Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Jeśli Twoja śmierć następuje po zakończeniu Okresu Podwyższonej Ochrony, to wypłacamy:
 - a) Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie oraz
 - b) Wartość Rachunku.Ponadto, w przypadku Twojej Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przed Rocznicą Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach, wypłacamy Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Jeśli Twoja śmierć następuje w Rocznicę Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ciebie 70 lat lub później, to wypłacamy:
 - a) Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie oraz
 - b) Wartość Rachunku.

4. Gdy ustalamy wysokość świadczenia, to bierzemy pod uwagę:
- a) Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie, Sumę Ubezpieczenia, Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, które obowiązują w dniu Twojej śmierci, oraz
 - b) Wartość Rachunku, którą obliczamy, mnożąc liczbę Jednostek Funduszu z dnia Twojej śmierci przez Wartość Jednostki w dniu, w którym otrzymaliśmy:
 - wniosek o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia oraz
 - dokumenty, które wskazujemy poniżej – jako wymagane do ustalenia, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna.
- Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek następuje przed Rocznicą Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach, a śmierć wskutek tego wypadku po tej rocznicy, ale w ciągu 180 dni od wypadku. Gdy ustalamy wysokość tego świadczenia, to bierzemy pod uwagę Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która obowiązywała w ostatnim dniu przed tą Rocznicą Ubezpieczenia.

ART. 30 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA I KIEDY JE WYPŁACAMY

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

ART. 31 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY GŁÓWNEJ

1. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie ani Sumy Ubezpieczenia, jeśli Twoja śmierć następuje:
 - a) w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
 - c) w wyniku Twojego czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w rozruchach lub zamieszkach,
 - d) w wyniku Aktu Terroryzmu – jeśli uczestniczyłeś w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podlegacz albo wykonywałeś czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,

- e) w związku z Twoim udziałem jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podlegacza w aktach przemocy innych niż te, które wymieniamy wyżej,
- f) w związku z Twoim udziałem w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym.

W takiej sytuacji wypłacamy Wartość Rachunku. Obliczamy ją, mnożąc liczbę Jednostek Funduszu z dnia Twojej śmierci przez Wartość Jednostki w dniu, w którym otrzymaliśmy:

- wniosek o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia oraz
- dokumenty, które wskazujemy powyżej jako wymagane do ustalenia, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna.

2. Poza okolicznościami, które wskazujemy w punkcie powyżej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, wskutek którego następuje Twoja śmierć, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ciebie alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ciebie alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywałeś – chyba że jesteś pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ciebie lub Twoim udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia,
- e) w związku z wykonywaniem przez Ciebie pracy lub obowiązków jako:
 - żołnierz, funkcjonariusz lub osoba wyznaczona do realizacji zadań w ramach jednostek wojskowych lub służb specjalnych instytucji bezpieczeństwa i ochrony państwa,
 - ratownik w ratownictwie: lotniczym, wodnym, górskim, górniczym lub jaskiniowym,
 - sprawozdawca, dziennikarz, fotoreporter w rejonach objętych wojną lub wewnętrznymi konfliktami zbrojnymi,
 - saper, pirotechnik, nurek, kaskader,
 - artysta cyrkowy, akrobata, opiekun lub treser zwierząt cyrkowych, lub w związku z Twoją pracą:
 - z materiałami wybuchowymi, toksycznymi, radioaktywnymi lub rakotwórczymi,
 - pod ziemią w przemyśle wydobywczym lub w tunelach, na platformach wiertniczych lub w górnictwie naftowym.

ART. 32 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

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

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH, REKLAMACJE I INNE WAŻNE INFORMACJE

ART. 33 DLACZEGO PRZETWARZAMY DANE OSOBOWE I JAK JE ZBIERAMY

1. Gromadzimy i przetwarzamy tylko te dane osobowe, które są konieczne, abyśmy mogli zawrzeć z Tobą Umowę i ją wykonywać. Jesteśmy administratorem tych danych.
2. Źródłem danych osobowych są dokumenty, które otrzymujemy, zanim zawrzemy z Tobą Umowę lub w czasie jej trwania (formularze, wnioski o wypłatę, zawiadomienia).
3. Przetwarzamy dane osób, które:
 - a) chcą zawrzeć z nami Umowę i chcą być objęte ochroną ubezpieczeniową,
 - b) są uprawnione, aby otrzymać wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
4. Zgromadzone przez nas dane osobowe przetwarzamy w związku z tym, że zawieramy z Tobą Umowę oraz na podstawie:
 - a) zgód osób, których te dane dotyczą,
 - b) przepisów prawa, w szczególności ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
 - c) naszego prawnie uzasadnionego interesu, którym jest zawarcie i wykonanie Umowy oraz przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej.
5. Zgromadzone dane możemy wykorzystać do:
 - a) oceny ryzyka ubezpieczeniowego również na podstawie wiedzy o stanie zdrowia Ubezpieczonego Głównego i Ubezpieczonego,
 - b) ustalenia zasadności i wysokości wypłaty.W czasie wykonywania takich czynności podejmujemy zautomatyzowane decyzje, które opierają się na profilowaniu danych. Profilowanie to dobór produktów ubezpieczeniowych, obliczanie składki lub wysokości wypłaty.
6. Osoba, której dane przetwarzamy, ma prawo:
 - a) uzyskać informacje o tym, jaką treść mają dane, które przetwarzamy,
 - b) poprawiać te dane albo je usunąć, o ile jest to zgodne z prawem,
 - c) ograniczyć przetwarzanie danych lub je przenieść, o ile jest to zgodne z prawem,
 - d) otrzymać wyjaśnienia na temat podstaw zautomatyzowanej decyzji, zakwestionować tę decyzję, wyrazić własne stanowisko oraz żądać rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.
7. Dane osobowe, które przetwarzamy, możemy przekazać:
 - a) innym ubezpieczycielom i reasekuratorom – tylko w zakresie i celu, które wynikają z zawartych umów ubezpieczenia, oraz
 - b) Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – na podstawie Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
 - c) innym podmiotom w celach marketingowych – pod warunkiem, że uzyskamy zgodę osoby, której dane dotyczą.
8. Twoje dane oraz dane Ubezpieczonych możemy uzyskać od innych ubezpieczycieli na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą – jeśli oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe lub rozpatrujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
9. Dane osobowe przetwarzamy do:
 - a) dnia przedawnienia roszczeń, które wynikają z tej Umowy, oraz
 - b) zakończenia okresu, który wskazuje ustawa o rachunkowości i ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
10. Szczegółowy opis sposobu, w jaki przetwarzamy dane osobowe, umieszczamy na naszej stronie internetowej, w Polityce prywatności.

ART. 34 JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ

1. Reklamacja, w tym skarga i zażalenie, to zastrzeżenie, które dotyczy naszych usług. Reklamację możesz złożyć Ty, Ubezpieczony, Uposażony, Uposażony Zastępczy, inny uprawniony z Umowy, osoba poszukująca ochrony ubezpieczeniowej.
2. Reklamację rozpatruje nasz zarząd lub upoważnieni przez niego pracownicy – w ciągu 30 dni od jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają nam udzielenie odpowiedzi w tym okresie:

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

ART. 35 W JAKI SPOSÓB SĄ ROZWIĄZYWANE EWENTUALNE SPORY

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

ART. 36 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O SWOIM UBEZPIECZENIU

1. Pieniądże z ubezpieczenia wypłacamy zgodnie z przepisami prawa podatkowego – wskazujemy je w polisie.
2. Ty i Ubezpieczony możecie przenieść prawa, które wynikają z Umowy, na inne osoby, jednak tylko za naszą zgodą.

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

OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 19/2024 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 16 marca 2024 r.

WYKAZ OPŁAT I LIMITÓW (WO/TZI/4/2024)

1. Minimalna Składka Ochronna

Minimalna Składka Ochronna w Okresie Podwyższonej Ochrony	70 zł
Minimalna składka za pełnoletniego Ubezpieczonego	25 zł

2. Minimalne i maksymalne Składki Kapitałowe

	Minimalna	Maksymalna
Regularna Składka Kapitałowa	80 zł	500 zł
Dodatkowa Składka Kapitałowa	500 zł	500 000 zł

3. Minimalny wskaźnik Indeksacji: 2%

4. Procent składek za ubezpieczenie na całe życie, który zwracamy, jeśli Umowa Główna rozwiązuje się z innego powodu niż Twoja śmierć:

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

5. Opłata za zarządzanie i administrację Funduszem

Wysokość kosztów, które ponosisz w związku z zarządzaniem i administracją danym Funduszem jest wskazana w tabelach poniżej.

A. Opłaty dla Funduszy, których środki inwestujemy w jednostki uczestnictwa Subfunduszy inwestycyjnych otwartych zarządzanych przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A. (dalej Allianz TFI):

Nazwa Funduszu	Opłata w skali roku ustalana procentowo w stosunku do wartości aktywów netto każdego z Funduszy
UFK Strategia Obligacyjna	0,95%
UFK Strategia Stabilna	1,65%
UFK Strategia Zrównoważona	1,80%
UFK Strategia Akcyjna	1,95%

Allianz TFI pobiera wynagrodzenie za zarządzanie danymi Subfunduszami inwestycyjnymi, których jednostki wchodziły w skład aktywów Funduszy, jednak my, pobierając opłatę wskazaną w tabeli powyżej, pomniejszamy ją o wynagrodzenie pobierane przez Allianz TFI.

B. Opłata dla Funduszu, którego środki inwestujemy w tytuły uczestnictwa Subfunduszu zarządzanego przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny Allianz Global Investors Fund:

Nazwa Funduszu	Opłata w skali roku ustalana procentowo w stosunku do wartości aktywów netto każdego z Funduszy
UFK Strategia Akcji Europejskich	1,40%

W przypadku Subfunduszu Allianz Global Investors Fund aktywa Funduszu obciążone są także pośrednio opłatą za zarządzanie, pobieraną przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny.

Wysokość opłaty za zarządzanie, pobieranej przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny prezentujemy na naszej stronie internetowej: https://www.allianz.pl/pl_PL/dla-ciebie/zycie-i-zdrowie/ubezpieczeniowe-fundusze-kapitalowe/strategia-akcji-europejskich.html. Jest ona także uwzględniona we wskaźniku kosztów całkowitych.

6. Oprócz wyżej wskazanych kosztów, aktywa Funduszu mogą być obciążone także pośrednio kosztami operacyjnymi Subfunduszy, które zostały uwzględnione w wyliczeniach prezentowanych w dokumencie zawierającym kluczowe informacje (KID) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 z dnia 26 listopada 2014 r. w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) z późniejszymi zmianami.

7. Opłata Dystrybucyjna

a) obliczana od wysokości każdej wpłaconej Regularnej Składki Kapitałowej, której termin płatności przypada w 1. Roku Ubezpieczenia: 4%,
b) obliczana od wysokości każdej wpłaconej Dodatkowej Składki Kapitałowej: 1%

zgodnie z zapisami Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”.

8. Opłata z tytułu odstąpienia od Umowy w ciągu 60 dni od dnia, w którym po raz pierwszy otrzymujesz od nas roczną informację o Wartości Rachunku: 4% Wartości Rachunku

9. Opłata w razie rozwiązania Umowy w pierwszych 3 latach jej trwania: 250 zł.

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu nr 20/2024 i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 16 marca 2024 r.

REGULAMIN UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH (RUFK/TZ/8/2024)

Dokument ten zawiera informacje o ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych, które mogą być dostępne w ramach umowy ubezpieczenia „Twój Plan” i Umowy dodatkowej na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) do umowy „Twoje Życie”, oraz ich celach i zasadach działania.

W ogólnych warunkach ubezpieczenia tych umów znajdziesz definicje pojęć, którymi posługujemy się także w tym dokumencie:

- Dzień Roboczy,
- Dodatkowa Składka Kapitałowa,
- Jednostki Funduszu (Jednostki),
- Rachunek,
- Regularna Składka Kapitałowa,
- Ubezpieczony,
- Uposażony,
- Uposażony Zastępczy,
- Wartość Jednostki Funduszu (Wartość Jednostki).

I. CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Dzień Wyceny** – dzień, na który wyceniamy aktywa Funduszu, ustalamy Wartość Aktywów Netto Funduszu oraz Wartość Jednostki
2. **Subfundusz** – subfundusz funduszy inwestycyjnych otwartych lub Zagranicznych Funduszy Inwestycyjnych, w którego jednostki uczestnictwa lub tytuły uczestnictwa, dalej łącznie zwane jednostkami uczestnictwa, Fundusz lokuje swoje aktywa
3. **Profil Inwestycyjny** – nasza ocena tego, jakim jesteś inwestorem, czyli jaki poziom ryzyka inwestycyjnego akceptujesz oraz jakie są Twoje oczekiwania dotyczące zysków z inwestycji. Profil ten określamy na podstawie Twoich odpowiedzi na pytania z ankiety potrzeb, które dotyczą Twojej wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie, sytuacji finansowej oraz akceptowanego poziomu ryzyka inwestycyjnego. W Profilu Inwestycyjnym wskazujemy również Fundusze dostępne dla danego profilu. Jeśli nie odpowiesz na pytania z ankiety potrzeb, to nie mamy możliwości określenia Twojego Profilu Inwestycyjnego oraz wskazania dostępnych dla Ciebie Funduszy. W takiej sytuacji możesz zawrzeć Umowę wyłącznie na żądanie
4. **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK, Fundusz)** – część naszych aktywów, która została wydzielona w celu gromadzenia i inwestowania środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych zgodnie z tym dokumentem. Fundusze różnią się poziomem ryzyka inwestycyjnego oraz inwestują w jednostki uczestnictwa różnych kategorii funduszy i subfunduszy inwestycyjnych, a przez to pośrednio w wiele instrumentów finansowych (np. obligacje, akcje, instrumenty rynku pieniężnego)
5. **Umowa** – Umowa dodatkowa na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) do umowy „Twoje Życie” albo umowa ubezpieczenia „Twój Plan”, która przewiduje ochronę ubezpieczeniową w zakresie, który wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy oraz inwestowanie Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej w Fundusze
6. **Wartość Aktywów Netto Funduszu** – wartość aktywów Funduszu pomniejszona o jego zobowiązania
7. **Wartość Godziwa** – kwota, za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie – uregulowane, na warunkach transakcji rynkowej; sposób ustalania tej wartości reguluje Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości z późniejszymi zmianami
8. **Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny** – fundusz inwestycyjny otwarty zarządzany przez spółkę, która uzyskała zezwolenie właściwego organu w państwie członkowskim Unii Europejskiej na prowadzenie działalności zgodnie z prawem wspólnotowym regulującym zasady zbiorowego inwestowania w papiery wartościowe

II. JAKIE FUNDUSZE MOGĄ BYĆ DOSTĘPNE W UMOWIE

1. W zależności od Twojego Profilu Inwestycyjnego w Umowie mogą być dostępne następujące Fundusze:
 - a) Fundusz Strategia Obligacyjna,
 - b) Fundusz Strategia Stabilna,
 - c) Fundusz Strategia Zrównoważona,
 - d) Fundusz Strategia Akcyjna,
 - e) Fundusz Strategia Akcji Europejskich.
2. Lista Funduszy, którą wskazujemy powyżej może ulegać zmianom w czasie trwania Umowy. Aktualna lista Funduszy oraz informacje o zasadach ich działania znajdują się na stronie www.allianz.pl.

III. CZYM JEST FUNDUSZ I JAK LOKUJEMY AKTYWA FUNDUSZY

1. Fundusz tworzą wyodrębnione aktywa, które zbieramy i inwestujemy zgodnie z Umową i tym Regulaminem.
2. Aktywa Funduszy są naszą własnością. Decydujemy o formach, kierunkach i sposobach ich inwestowania, zarządzania oraz przechowywania. Ty, Ubezpieczony, Uposażony, Uposażony Zastępczy ani inne osoby uprawnione z Umowy nie możecie żądać wydzielenia poszczególnych aktywów przypisanych do danego Funduszu.
3. Aktywa Funduszy lokujemy z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych, które są określone w obowiązujących nas przepisach.
4. Określamy minimalny i maksymalny udział poszczególnych rodzajów aktywów w łącznej wartości aktywów Funduszu. Kiedy ustalamy te limity, bierzemy pod uwagę:
 - a) cel inwestycyjny Funduszu oraz
 - b) profil ryzyka inwestycyjnego Funduszu.Jeśli przekroczyliśmy dany limit, to niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia przekroczenia limitu, dostosowujemy stan aktywów Funduszu do tego limitu.

IV. JAKIE SĄ ZASADY TWORZENIA I UMARZANIA JEDNOSTEK ORAZ ZASADY I TERMINY ICH WYCENY

1. Jednostki powstają w momencie wprowadzenia aktywów do Funduszu. Wartość aktywów dodanych do dotychczasowych aktywów Funduszu zostaje podzielona przez Wartość Jednostki danego Funduszu, która obowiązuje w dniu powstania tej Jednostki.
2. Umorzenie Jednostek oznacza zmniejszenie aktywów Funduszu. Wartość aktywów, które wycofujemy z Funduszu, jest równa iloczynowi liczby umorzonych Jednostek oraz Wartości Jednostki, która obowiązuje w dniu ich umorzenia.
3. Wartość Jednostki ustalamy dzieląc Wartość Aktywów Netto Funduszu przez liczbę wszystkich Jednostek danego Funduszu.
4. Wartość Jednostek Funduszy określamy na każdy Dzień Roboczy oraz na każdy ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
5. Wyceny Jednostek dokonujemy w 1. Dniu Roboczym po dniu, na który ustalamy wartość tych Jednostek.
6. Wycena Jednostki może zostać opóźniona lub może nie zostać dokonana, jeżeli z przyczyn niezależnych od nas nie dokonano wyceny jednostek uczestnictwa Subfunduszy, w które lokowane są aktywa Funduszu. W takim przypadku – przez okres, w jakim nie jest możliwe ustalenie wartości Jednostki Funduszu – nie są tworzone ani umarzane Jednostki tego Funduszu. Operacje te są realizowane niezwłocznie po ustaniu tych przeszkód, zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
7. Wartość Jednostki jest podawana z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.

V. JAKIE SĄ ZASADY WYCENY AKTYWÓW FUNDUSZU

1. Aktywa Funduszu wyceniamy zgodnie z zasadami określonymi w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności w przepisach o rachunkowości.
2. Aktywa Funduszu wyceniamy według Wartości Godziwej, która pozwala na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny.
3. Wartość aktywów Funduszu ustalamy na Dzień Wyceny na podstawie wartości z dnia wyceny jednostki uczestnictwa Subfunduszu, w którego jednostki uczestnictwa lokowane są środki Funduszu.

VI. W JAKI SPOSÓB ZMIENIAMY LISTĘ FUNDUSZY, KTÓRE OFERUJEMY W RAMACH UMOWY

1. Mamy prawo zmienić listę Funduszy, które są dostępne w Umowie. Zmiana może polegać na likwidacji Funduszu, dodaniu nowego Funduszu lub zmianie polityki inwestycyjnej Funduszu.
2. Mamy prawo zlikwidować Fundusz lub zmienić politykę inwestycyjną Funduszu z istotnych przyczyn, tj. w wyniku:
 - a) likwidacji funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - b) zmiany sytuacji prawnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - c) istotnej zmiany polityki inwestycyjnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - d) połączenia funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu z innym funduszem inwestycyjnym lub Subfunduszem,
 - e) rozwiązania z inicjatywy towarzystwa funduszy inwestycyjnych zarządzającego funduszem inwestycyjnym lub Subfunduszem (dalej: TFI), umowy z nami, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami,
 - f) objęcia TFI lub rynku, na którym działa lub rynku, na którym inwestowane są aktywa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - g) objęcia akcjonariusza TFI jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - h) rozwiązania z naszej inicjatywy umowy z TFI, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami, z powodu:
 - rażącego naruszenia warunków tej umowy lub rażącego naruszenia wykonywania umowy lub
 - utraty zaufania do TFI spowodowanej nałożeniem na TFI kary przez Komisję Nadzoru Finansowego lub Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów,
 - podniesienia przez TFI opłat pobieranych przez TFI z aktywów funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - zaistnienia uzasadnionych przesłanek, które wskazują na zagrożenie wypłacalności TFI,o ile jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, który podlega jednej z wyżej wymienionych zmian stanowią ponad 30% aktywów Funduszu lub gdy zmiana uniemożliwia realizację polityki inwestycyjnej Funduszu lub powoduje brak możliwości funkcjonowania Funduszu.
3. Niezależnie od treści ust. 2 powyżej mamy prawo zmienić politykę inwestycyjną Funduszu – poprzez usunięcie możliwości lokowania środków Funduszu w jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, w który lokowane są aktywa Funduszu z uwagi na rozwiązanie z naszej inicjatywy umowy z TFI, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami, z powodu:
 - a) objęcia TFI lub rynku, na którym działa lub rynku, na którym inwestowane są aktywa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - b) objęcia akcjonariusza TFI jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje.
4. Istotną przyczyną likwidacji Funduszu lub zmiany polityki inwestycyjnej Funduszu są również okoliczności niezależne od nas, które powodują brak możliwości funkcjonowania Funduszu na warunkach wskazanych w Umowie. Takimi okolicznościami w szczególności są zmiany w przepisach prawa, nowe wytyczne i rekomendacje wydane przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz zmiany w otoczeniu makroekonomicznym, które skutkują brakiem możliwości realizacji celu inwestycyjnego we wskazanym horyzoncie inwestycyjnym.

5. Informację o planowanej zmianie udostępniamy z co najmniej 3-miesięcznym wyprzedzeniem. Jeśli z przyczyn od nas niezależnych nie jest możliwe udostępnienie informacji z takim wyprzedzeniem, to przekazujemy ją niezwłocznie po powzięciu przez nas informacji o konieczności wprowadzenia zmiany.
6. Informację o zmianie udostępnimy w szczególności za pośrednictwem Twojego indywidualnego konta w internetowym serwisie obsługi na stronie www.allianz.pl lub pisemnie.
7. Informacja o planowanym dodaniu nowego Funduszu zawiera jego nazwę, datę utworzenia oraz opis polityki inwestycyjnej.
8. Informacja o planowanej zmianie zawiera:
 - a) nazwy Funduszy, które będą podlegać zmianie, i datę, od której ta zmiana będzie obowiązywać,
 - b) opis polityki inwestycyjnej Funduszu – w przypadku zmiany polityki inwestycyjnej Funduszu,
 - c) termin, w którym możesz złożyć:
 - wniosek o przeliczenie Jednostek Funduszu, który podlega zmianie, na Jednostki innego Funduszu,
 - oświadczenie o wyborze Funduszu, w którego Jednostki będzie alokowana część albo całość Regularnej Składki Kapitałowej, która dotychczas była alokowana w Jednostki Funduszu, który podlega zmianie.
9. W dniu likwidacji Funduszu przeniesiemy środki zgromadzone przez Ciebie w Funduszu, który podlega zmianie:
 - a) do innego, dostępnego w ramach Twojego Profilu Inwestycyjnego Funduszu, który wskazujesz w swoim wniosku lub oświadczeniu. Jeżeli wskazujesz Fundusz spoza swojego Profilu Inwestycyjnego, to taką dyspozycję składasz pisemnie i traktujemy ją jako wniosek o zmianę warunków Umowy na Twoje żądanie, albo
 - b) jeśli nie złożysz takiego wniosku lub oświadczenia albo dokumenty te nie będą zgodne z postanowieniami Umowy – do Funduszu, którego cel inwestycyjny oraz strategia lokowania aktywów są najbardziej zbliżone do celu inwestycyjnego oraz strategii lokowania aktywów Funduszu, który podlega zmianie; Fundusz ten wybieramy zgodnie z naszą najlepszą wiedzą i wskazujemy go w informacji o planowanej zmianie.

VII. ZASADY I KRYTERIA DOBORU LOKAT, KTÓRE STOSUJEMY, GDY PODEJMUJEMY DECYZJĘ O LOKOWANIU AKTYWÓW FUNDUSZY

Aktywa Funduszy lokujemy w dominującym stopniu w jednostki uczestnictwa Subfunduszy. Podstawowe informacje o polityce inwestycyjnej poszczególnych Subfunduszy znajdziesz w ostatniej części tego dokumentu: „W jakie Subfundusze mogą być lokowane aktywa Funduszy”. Podstawą decyzji o doborze Subfunduszy do Funduszu jest przede wszystkim zgodność polityki inwestycyjnej poszczególnych Subfunduszy z celem inwestycyjnym Funduszu oraz ocena efektywności zarządzania Subfunduszami.

VIII. JAKIE RYZYKA INWESTYCYJNE WIĄŻĄ SIĘ Z INWESTOWANIEM W JEDNOSTKI

1. Ryzyka inwestycyjne związane z inwestowaniem środków w Fundusze, niezależnie od innych podziałów lub klasyfikacji, które wynikają z odrębnych przepisów prawa, na potrzeby tego Regulaminu podzieliliśmy na 3 grupy:
 - a) niskie ryzyko inwestycyjne,
 - b) średnie ryzyko inwestycyjne oraz
 - c) wysokie ryzyko inwestycyjne.
2. Gdy decydujesz się na inwestowanie w Jednostki, weź pod uwagę ryzyka inwestycyjne związane z polityką inwestycyjną każdego Funduszu wraz z limitami inwestycyjnymi, które określają w szczególności proporcje między lokatami Funduszu w jednostki uczestnictwa poszczególnych rodzajów Subfunduszy.
3. Do najważniejszych ryzyk inwestycyjnych, które trzeba wziąć pod uwagę, należą:
 - a) **ryzyko nieosiągnięcia oczekiwanej stopy zwrotu**, a w szczególności nieosiągnięcia dochodu z inwestycji w Jednostki w związku z przyjętymi, w ramach polityki inwestycyjnej, proporcjami pomiędzy poszczególnymi rodzajami aktywów oraz selekcją poszczególnych składników aktywów Funduszy, głównie jednostek uczestnictwa Subfunduszy,
 - b) **ryzyko rynkowe**, które przejawia się zmiennością cen instrumentów finansowych w wyniku ogólnych tendencji na rynkach finansowych w kraju i na świecie; w szczególności nie możesz wykluczyć możliwości wystąpienia silnych spadków lub długoterminowego trendu spadkowego cen Jednostek Funduszy,

- c) **ryzyko kredytowe** emitentów instrumentów finansowych, a także ryzyko, które wynika z pogorszenia kondycji finansowej emitenta, w tym obniżenia jego wiarygodności kredytowej, co może spowodować spadek cen jednostek uczestnictwa Subfunduszy, a w związku z tym również spadek cen Jednostek Funduszy,
- d) **ryzyko specyficzne dotyczące w szczególności instrumentów udziałowych**, związane z sytuacją poszczególnych spółek (emitentów) i ich kondycją finansową, której pogorszenie może spowodować zmniejszenie ceny akcji i innych instrumentów finansowych; ryzyko to ograniczamy poprzez lokowanie aktywów Funduszu w jednostki uczestnictwa Subfunduszy, których portfele papierów wartościowych są zdywersyfikowane,
- e) **ryzyko płynności** wynikające z możliwości wystąpienia sytuacji, w której ze względu na niskie obroty danym instrumentem finansowym nie jest możliwe dokonanie transakcji pakietem tych instrumentów finansowych bez znaczącego wpływu na ich ceny, co może niekorzystnie wpłynąć na ceny jednostek uczestnictwa Subfunduszy, a przez to ceny Jednostek Funduszy. Ryzyko płynności obejmuje również ryzyko wstrzymania odkupień jednostek uczestnictwa Subfunduszy, wchodzących w skład aktywów Funduszy,
- f) **ryzyko walutowe**, związane z możliwością straty lub zmniejszenia zysku w wyniku niekorzystnych zmian kursów walut; zmiany te negatywnie wpływają na wartość składników aktywów lub zobowiązania Funduszu, a przez to także na cenę Jednostki,

- g) **ryzyko inflacji**, które może wpłynąć na ceny jednostek uczestnictwa Subfunduszy, a przez to ceny Jednostek Funduszy oraz wpływa na wysokość zrealizowanej przez Fundusze realnej stopy zwrotu,
- h) **ryzyko likwidacji funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu**, którego jednostki uczestnictwa są przedmiotem lokat Funduszy, która to likwidacja może prowadzić do sprzedaży aktywów funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu po zaniżonych cenach, co może skutkować tym, że stracisz część lub całość zgromadzonych przez Ciebie środków,
- i) **ryzyko zmiany polityki inwestycyjnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu**, którego jednostki uczestnictwa są przedmiotem lokat Funduszy, co może negatywnie wpłynąć na wartość zgromadzonych przez Ciebie środków.
4. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem w Jednostki ponosisz Ty oraz osoba uprawniona do otrzymania wypłaty z tytułu śmierci.

IX. JAKIE FUNDUSZE SĄ DOSTĘPNE W POSZCZEGÓLNYCH PROFILACH INWESTYCYJNYCH

1. Profile Inwestycyjne oraz dostępne w ramach tych Profili Fundusze wskazujemy w tabeli:

Profil Inwestycyjny (od najniższego do najwyższego ryzyka inwestycyjnego)	Dostępne Fundusze	Ryzyko inwestycyjne
Ostrożny W tym profilu ochrona kapitału oraz stabilność inwestycji są najważniejsze. Poziom ryzyka inwestycyjnego jest niski, okresowo średni. Zwrot z inwestycji może być jednak niższy niż poziom inflacji, a w pewnych okresach nawet ujemny.	Fundusz rekomendowany: Fundusz Strategia Obligacyjna Fundusz jest przeznaczony dla osób, które akceptują jedynie niski (okresowo średni) poziom ryzyka i oczekują stabilnego wzrostu oszczędności.	Niskie, okresowo średnie
Umiarkowany W tym profilu oprócz ochrony kapitału istotne jest również uzyskanie dochodu przy akceptacji średniego poziomu ryzyka inwestycyjnego.	Fundusz rekomendowany: Fundusz Strategia Stabilna Fundusz jest przeznaczony dla osób, które oczekują stabilnego wzrostu oszczędności w średnim okresie, przy akceptacji średniego ryzyka inwestycyjnego, a jednocześnie akceptują okresowo podwyższoną zmienność ceny Jednostki Funduszu.	Średnie
	Inny Fundusz dostępny w ramach tego Profilu Inwestycyjnego: Fundusz Strategia Obligacyjna	Niskie, okresowo średnie
Zrównoważony W tym profilu charakterystyczna jest średnia tolerancja ryzyka inwestycyjnego. Inwestorzy oczekują wzrostu wartości inwestycji w długim okresie, a poziom ryzyka inwestycyjnego jest średni.	Fundusz rekomendowany: Fundusz Strategia Zrównoważona Fundusz jest przeznaczony dla osób, których celem jest osiągnięcie wysokich dochodów z inwestycji w długim horyzoncie inwestycyjnym, przy niższym ryzyku niż w przypadku funduszy akcyjnych ale jednocześnie przy akceptacji wyższej zmienności niż w przypadku Profilu Umiarkowanego.	Średnie
	Inne Fundusze dostępne w ramach tego Profilu Inwestycyjnego: Fundusz Strategia Stabilna Fundusz Strategia Obligacyjna	Średnie Niskie, okresowo średnie
Dynamiczny W tym profilu charakterystyczna jest skłonność do ponoszenia wysokiego ryzyka inwestycyjnego w oczekiwaniu na wysokie stopy zwrotu.	Fundusze rekomendowane: Fundusz Strategia Akcyjna Fundusz Strategia Akcji Europejskich Oba te Fundusze są przeznaczone dla osób oczekujących w długim horyzoncie inwestycyjnym wysokich dochodów poprzez inwestycje na rynkach akcji (Fundusz Strategia Akcyjna) lub w dominującym stopniu na europejskich rynkach akcji (Fundusz Strategia Akcji Europejskich), które charakteryzują się jednocześnie wysoką zmiennością.	Wysokie Wysokie
	Inne Fundusze dostępne w ramach tego Profilu Inwestycyjnego: Fundusz Strategia Zrównoważona Fundusz Strategia Stabilna Fundusz Strategia Obligacyjna	Średnie Średnie Niskie, okresowo średnie

2. Twój Profil Inwestycyjny oraz Fundusze, które są dostępne w ramach tego profilu, wskazujemy w rekomendacji ubezpieczenia, którą przedstawiamy po wypełnieniu przez Ciebie ankiety potrzeb.
3. Jeśli odmawiasz odpowiedzi na pytania z ankiety potrzeb i zawierasz Umowę na żądanie, to masz dostęp do wszystkich Funduszy.
4. Nie rekomendujemy zmian w Umowie z wykorzystaniem Funduszu o wyższym ryzyku inwestycyjnym, niż wynika to z Twojego Profilu

Inwestycyjnego. Jeśli jednak chcesz uzyskać dostęp do takiego Funduszu, składasz pisemny wniosek o zmianę Umowy. W wyniku takiej zmiany będziesz mieć dostęp do Funduszy:

- z Twojego dotychczasowego Profilu Inwestycyjnego oraz
- z Profilu Inwestycyjnego, w którym jest dostępny Fundusz, o który wnioskujesz.

Wprowadzenie takich zmian w Umowie potwierdzamy odrębną korespondencją.

X. JAKIE SĄ CELE ORAZ ZASADY DZIAŁANIA FUNDUSZY

Szczegółowe informacje o wszystkich Subfunduszach, ich celach i polityce inwestycyjnej znajdziesz w następnej części tego dokumentu:
„W jakie Subfundusze mogą być lokowane aktywa Funduszy”.

1. Fundusz Strategia Obligacyjna

Cel inwestycyjny Funduszu	Średnioterminowy i stabilny wzrost wartości Jednostki Funduszu
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Niskie, okresowo średnie
Zmienność wartości Jednostki	Wartość Jednostki może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych oraz zmian rynkowej wyceny wiarygodności kredytowej emitentów.
Profil Inwestycyjny	Ostrożny

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Obligacji Dynamiczny
2. Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych
3. Allianz Obligacji Globalnych
4. Allianz Dochodowy

Zaangażowanie Funduszu Strategia Obligacyjna w jednostki uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy, które wymieniamy wyżej wynosi od 0% do 100% wartości aktywów Funduszu, przy czym łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Obligacyjna w jednostki Subfunduszy będzie wynosiło od 90% do 100% wartości aktywów Funduszu.

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dobieranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami uczestnictwa Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

2. Fundusz Strategia Stabilna

Cel inwestycyjny Funduszu	Uzyskanie w długim terminie dochodu poprzez inwestycje w dłużne papiery wartościowe i akcje
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Średnie
Zmienność wartości Jednostki	Wartość Jednostki może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych, zmian rynkowej wyceny wiarygodności kredytowej emitentów oraz stanu koniunktury na rynkach akcji na świecie i w kraju.
Profil Inwestycyjny	Umiarkowany

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Akcji Globalnych
2. Allianz Selektywny
3. Allianz Akcji Małych i Średnich Spółek
4. Allianz Turbo Akcji
5. Allianz Obligacji Dynamiczny
6. Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych
7. Allianz Obligacji Globalnych

Łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Stabilna w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze akcyjnym wynosi od 35% do 45% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze akcyjnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 45%), zaś zaangażowanie w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze

dłużnym wynosi od 55% do 65% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze dłużnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 65%).

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dobieranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami uczestnictwa Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

3. Fundusz Strategia Zrównoważona

Cel inwestycyjny Funduszu	Uzyskanie w długim terminie dochodu głównie poprzez inwestycje w akcje i dłużne papiery wartościowe
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Średnie
Zmienność wartości Jednostki	Wartość Jednostki może podlegać istotnym zmianom oraz tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od stanu koniunktury na rynkach akcji i obligacji na świecie i w kraju.
Profil Inwestycyjny	Zrównoważony

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Akcji Globalnych
2. Allianz Selektywny
3. Allianz Akcji Małych i Średnich Spółek
4. Allianz Turbo Akcji
5. Allianz Obligacji Dynamiczny
6. Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych
7. Allianz Obligacji Globalnych

Łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Zrównoważona w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze akcyjnym wynosi od 55% do 65% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze akcyjnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 65%), zaś zaangażowanie w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze dłużnym wynosi od 35% do 45% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze dłużnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 45%).

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dobieranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami uczestnictwa Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

4. Fundusz Strategia Akcyjna

Cel inwestycyjny Funduszu	Uzyskanie dochodu w długim terminie poprzez inwestycje na krajowym i zagranicznych rynkach akcji
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Wysokie
Zmienność wartości Jednostki	Bardzo wysoka (może podlegać zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym tendencjom spadkowym). Wartość Jednostki w znacznym stopniu zależy przede wszystkim od koniunktury na rynkach akcji na świecie i w kraju.
Profil Inwestycyjny	Dynamiczny

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Akcji Globalnych
2. Allianz Selektywny

3. Allianz Akcji Małych i Średnich Spółek

4. Allianz Turbo Akcji

Zaangażowanie Funduszu Strategia Akcyjna w jednostki uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy, które wymieniamy wyżej, wynosi od 0% do 100% wartości aktywów Funduszu, przy czym łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Akcyjna w jednostki tych Subfunduszy będzie wynosiło od 90% do 100% wartości aktywów Funduszu.

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, doboranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

5. Fundusz Strategia Akcji Europejskich

Cel inwestycyjny Funduszu	Uzyskanie dochodu w długim terminie poprzez inwestycje w dominującym stopniu na europejskich rynkach akcji
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Wysokie
Zmienność wartości Jednostki	Bardzo wysoka (może podlegać zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym tendencjom spadkowym). Wartość Jednostki zależy przede wszystkim od koniunktury na rynkach akcji, zwłaszcza europejskich.
Profil Inwestycyjny	Dynamiczny

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa Subfunduszu Allianz Europe Equity Growth Select, który jest subfunduszem Zagranicznego Funduszu Inwestycyjnego Allianz Global Investors Fund, ustanowionego jako podmiot SICAV z siedzibą w Luksemburgu i zarządzanego przez spółkę Allianz Global Investors GmbH. SICAV (fr. Societe d'Investissement A Capital Variable) to rozpowszechniony w Europie Zachodniej model prawny spółek inwestycyjnych, w ramach których tworzone są i funkcjonują fundusze inwestycyjne.

Zaangażowanie Funduszu Strategia Akcji Europejskich w jednostki uczestnictwa tego Subfunduszu będzie wynosiło od 80% do 100% wartości aktywów Funduszu.

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dążąc do osiągnięcia celu inwestycyjnego przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami Subfunduszy, do 20% aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

W celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Fundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.

XI. W JAKIE SUBFUNDUSZE MOGĄ BYĆ LOKOWANE AKTYWA FUNDUSZY

1. Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z”, czyli w jedną z kategorii jednostek uczestnictwa zbywanych przez Allianz Fundusz Inwestycyjny Otwarty i jednostki uczestnictwa kategorii „WT EUR”, czyli jedną z kategorii jednostek uczestnictwa zbywanych przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny Allianz Global Investors Fund, następujących Subfunduszy:

Nazwa Subfunduszu	Charakterystyka Subfunduszu oraz jego cele i polityka inwestycyjna
Allianz Dochodowy, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje do 100% wartości aktywów w skarbowe instrumenty rynku pieniężnego, skarbowe dłużne papiery wartościowe oraz w instrumenty rynku pieniężnego i dłużne papiery wartościowe gwarantowane lub poręczone przez Skarb Państwa oraz w depozyty w bankach krajowych. Subfundusz może inwestować do 100% wartości aktywów w nieskarbowe instrumenty rynku pieniężnego oraz nieskarbowe dłużne papiery wartościowe pod warunkiem, że ich emitent lub podmiot wystawiający gwarancję lub poręczenie posiada ocenę ratingową na poziomie inwestycyjnym przyznaną przez co najmniej jedną z głównych instytucji ratingowych, z zastrzeżeniem, że maksymalnie do 10% aktywów Subfunduszu dopuszcza się udział papierów nieskarbowych, które nie spełniają powyższego warunku. Subfundusz może również lokować w jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na terytorium Polski, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, pod warunkiem, że te fundusze lub instytucje wspólnego inwestowania lokują swoje aktywa głównie w nieskarbowe dłużne instrumenty finansowe. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Obligacji Globalnych, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 80% do 100% wartości aktywów netto w inne fundusze inwestycyjne dłużne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych lub tytuły uczestnictwa instytucji wspólnego inwestowania mających siedzibę za granicą). Subfundusz lokuje w fundusze inwestycyjne, które inwestują co najmniej połowę aktywów w dłużne papiery wartościowe dopuszczone do obrotu na rynku zorganizowanym w państwie innym niż Polska. Od 0% do 20% wartości aktywów netto może być lokowane w instrumenty dłużne. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje co najmniej 80% wartości aktywów netto Subfunduszu w nieskarbowe instrumenty rynku pieniężnego, nieskarbowe dłużne papiery wartościowe oraz w jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, pod warunkiem, że wyżej wymienione fundusze lub instytucje wspólnego inwestowania lokują swoje aktywa głównie w nieskarbowe dłużne instrumenty finansowe. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.

Nazwa Subfunduszu	Charakterystyka Subfunduszu oraz jego cele i polityka inwestycyjna
Allianz Obligacji Dynamiczny, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje co najmniej 80% wartości aktywów netto Subfunduszu w dłużne papiery wartościowe oraz instrumenty rynku pieniężnego. Pozostałą część wartości aktywów netto mogą stanowić inne instrumenty dłużne (w tym m.in. depozyty bankowe) oraz jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna przewiduje lokowanie w instrumenty finansowe o charakterze dłużnym. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Turbo Akcji, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze akcyjnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 80% do 150% wartości aktywów netto w akcje oraz instrumenty finansowe o podobnym poziomie ryzyka. Subfundusz może lokować także w inne fundusze inwestycyjne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) oraz w instrumenty dłużne. Subfundusz może ponosić ryzyko wyższe niż typowy fundusz inwestycyjny akcyjny. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Akcji Małych i Średnich Spółek, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze akcyjnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 80% do 100% wartości aktywów netto w akcje i podobne instrumenty (warranty subskrypcyjne, prawa do akcji, prawa poboru, kwity depozytowe, obligacje zamienne). Subfundusz lokuje przede wszystkim w akcje oraz inne instrumenty oparte o akcje małych i średnich spółek, przez które rozumie się spółki, których waga w indeksie WIG jest mniejsza niż 2%. Instrumenty dłużne mogą stanowić od 0% do 20% wartości aktywów netto. Inne fundusze inwestycyjne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) i pozostałe lokaty opisane w statucie mogą stanowić od 0% do 10% wartości aktywów netto. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Selektywny, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze akcyjnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 80% do 100% wartości aktywów netto w akcje i podobne instrumenty (warranty subskrypcyjne, prawa do akcji, prawa poboru, kwity depozytowe i obligacje zamienne). Instrumenty dłużne mogą stanowić od 0% do 20% wartości aktywów netto. Inne fundusze inwestycyjne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) i pozostałe lokaty opisane w statucie mogą stanowić od 0% do 10% wartości aktywów netto. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Akcji Globalnych, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze akcyjnym, który inwestuje w dominującym stopniu na rynkach zagranicznych. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje przynajmniej 80% wartości aktywów netto w inne fundusze inwestycyjne akcyjne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa funduszy zagranicznych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych lub tytuły uczestnictwa instytucji wspólnego inwestowania mających siedzibę za granicą). Subfundusz lokuje w fundusze inwestycyjne, które inwestują przynajmniej połowę swoich aktywów w akcje w krajach innych niż Polska. Od 0% do 20% wartości aktywów netto może być lokowane w akcje i podobne instrumenty (warranty subskrypcyjne, prawa do akcji, prawa poboru, kwity depozytowe, obligacje zamienne, papiery wartościowe). Od 0% do 20% wartości aktywów netto może być lokowane w instrumenty dłużne. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Europe Equity Growth Select subfundusz Allianz Global Investors Fund	Subfundusz o charakterze akcyjnym, który inwestuje w dominującym stopniu w Europie. Cel Subfunduszu: długoterminowy wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Celem inwestycyjnym Subfunduszu jest długoterminowy wzrost kapitału dzięki inwestycjom w dominującym stopniu na europejskich rynkach kapitałowych, ze szczególnym uwzględnieniem akcji spółek wzrostowych posiadających dużą kapitalizację rynkową. Spółki posiadające dużą kapitalizację rynkową to spółki, których kapitalizacja rynkowa w dniu dokonania lokaty wynosi co najmniej 5 mld EUR. Przynajmniej 70% aktywów Subfunduszu jest bezpośrednio inwestowanych w akcje. Spółki wzrostowe są spółkami, które zdaniem zarządzających tym Subfunduszem będą w stanie powiększać skalę działalności czy zwiększać zyski. Nie musi to oznaczać, że ceny ich akcji wzrosną. Na ceny akcji, a przez to także na wynik Funduszu, wpływają także inne czynniki, takie jak np. oczekiwania inwestorów (przykładowo cena akcji spółki, która zwiększa zyski wolniej niż oczekują analitycy, może spaść). W celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne. Subfundusz jest produktem inwestycyjnym, który promuje między innymi aspekt środowiskowy lub społeczny, lub oba te aspekty, chociaż jego celem nie są zrównoważone inwestycje (art. 8 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/2088 z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie ujawniania informacji związanych ze zrównoważonym rozwojem w sektorze usług finansowych).

2. Informacje o zasadach działania Subfunduszy zarządzanych przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska Spółka Akcyjna, ich polityce inwestycyjnej oraz kryteriach doboru lokat są zawarte w statutach funduszy (inwestycyjnych), prospektach informacyjnych, dokumentach zawierających kluczowe informacje (KID) oraz kartach subfunduszy, dostępnych w dokumentach do pobrania na stronie internetowej www.allianz.pl, w części poświęconej inwestycjom, w zakładce dotyczącej funduszy TFI. Informacje dotyczące

subfunduszu Allianz Europe Equity Growth Select, zarządzanego przez Allianz Global Investors GmbH, są dostępne na stronie <https://lu.allianzgi.com/>, w części Our Funds.

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu 121/2024 i wchodzi w życie 13 grudnia 2024 r.

UMOWA

Tymczasowa umowa ubezpieczenia na życie



→ Spis treści

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

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

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

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

KTO ZAWIERA TYMCZASOWĄ UMOWĘ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (STRONY UMOWY)

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

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

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

ART. 3 JAK ZAWRZEĆ TYMCZASOWĄ UMOWĘ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

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

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

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

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

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

ART. 6 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

ART. 8 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

ART. 9 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

ART. 10 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O SWOIM UBEZPIECZENIU

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

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

UMOWA DODATKOWA

Terminowe ubezpieczenie na życie



→ Spis treści

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

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

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

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

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

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

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

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

UMOWA DODATKOWA

Poważne zachorowanie

Co zyskujesz?

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZM/TZ/3/2024)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZM/TZ/3/2024)

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

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
4. **Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań** – maksymalna łączna wypłata za Poważne Zachorowania z danej grupy. Limit ten obowiązuje łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Wyrażamy go w procentach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
5. **Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej** – maksymalna łączna wypłata za Poważne Zachorowania ze wszystkich grup. Limit ten obowiązuje łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Wyrażamy go w procentach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
6. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani jakkolwiek Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
7. **Poważne Zachorowanie** – choroba, procedura medyczna lub zaburzenie funkcji organizmu Ubezpieczonego, które:
 - a) wystąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego i
 - b) w czasie tej ochrony spełniają warunki zawarte w definicji danego Poważnego Zachorowania.
8. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zająć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
9. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy, jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Poważnego Zachorowania; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
10. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
 - b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
11. **Trwała Utrata Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – stan, który nie rokuje poprawy i w którym Ubezpieczony nie może samodzielnie wykonywać, przez co najmniej 6 miesięcy, przynajmniej 3 z następujących czynności życia codziennego:
 - a) kąpiel – przez którą rozumiemy zdolność umycia się,
 - b) ubieranie się – przez które rozumiemy zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
 - c) przemieszczanie się – przez które rozumiemy zdolność do przemieszczania się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
 - d) korzystanie z toalety – przez które rozumiemy zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza,
 - e) odżywianie się – przez które rozumiemy zdolność do spożycia pokarmu.Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji stwierdza neurolog
12. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
13. **Ubytki Neurologiczne** – deficyt lub deficyty czynności układu nerwowego, które są spowodowane chorobą lub urazem i są stwierdzone wyłącznie w badaniu przedmiotowym wykonanym przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczenie nie obejmuje schorzeń, w przypadku których warunkiem spełnienia definicji Poważnego Zachorowania jest powstanie deficytu lub deficytów czynności układu nerwowego, podczas gdy u Ubezpieczonego wystąpił wyłącznie jeden lub kilka z następujących symptomów:
 - a) zmiany, które zostały stwierdzone jedynie w badaniach obrazowych,
 - b) bóle głowy, zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji,
 - c) napady padaczkowe,
 - d) padaczka alkoholowa,bez współistniejących deficytów czynności układu nerwowego, stwierdzonych w przedmiotowym lekarskim badaniu neurologicznym
14. **Wada Wrodzona Dziecka** – nieprawidłowość anatomiczna, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania
15. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
16. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee,

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

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

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

1. Ochronę ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Umowę Dodatkową można zawrzeć w jednej z dwóch wersji – dla pełnoletnich Ubezpieczonych albo dla Dzieci.

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

Grupy Poważnych Zachorowań			
Grupa i Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań	Poważne Zachorowanie – pełnoletni Ubezpieczeni	Poważne Zachorowanie – Dzieci	% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
Grupa 1 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 150% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Zażycie Poważnego Zachorowania z tej grupy, za które wypłacimy świadczenie, powoduje rozwiązanie Umowy Dodatkowej i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań, nawet jeśli nie został osiągnięty Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej.	1. sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu	1. sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu	150%
	2. śpiączka nefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne	2. śpiączka nefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne	150%
	-	3. cukrzyca typu 1 (insulinozależna)	150%
	3. porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji	-	150%
	4. choroba Alzheimerera powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	150%
	5. choroba Parkinsona powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne oraz Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	150%
	6. choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki	-	150%
	7. postępujące porażenie nadjędrowe prowadzące do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego	-	150%
Grupa 2 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	8. dystrofia mięśniowa powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	150%
	1. infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) u osoby, która nie przeżyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW	1. infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) u osoby, która nie przeżyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW	100%
	2. pierwotna kardiomiopatia rozstrzeniowa powodująca obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 30%	-	10%
	3. operacja aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii	-	100%
	4. operacja tętnicy płucnej wykonana z otwarciem klatki piersiowej	-	100%
	5. operacja zastawek serca	-	100%
	6. pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)	-	100%
	7. pierwsza przeszkońska interwencja wieńcowa	-	10%
	8. udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%
	9. udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych	-	10%
	10. świeży zawał serca	-	100%
	11. amputacja kończyn	-	100%

Grupa 3 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%
	2. bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	-	10%
	3. operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową	1. operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową	100%
	4. uszkodzenie mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	2. uszkodzenie mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	100%
	5. wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%
	6. wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	-	10%
	7. zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	3. zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	100%
	-	4. zapalenie mózgu powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	-	5. zapalenie mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych	10%
	-	6. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	-	7. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	10%
Grupa 4 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego	1. przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego	100%
	2. oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała	2. oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała	100%
	3. schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią	3. schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią	100%
	4. ciężka niewydolność wątroby	4. ciężka niewydolność wątroby	100%
	5. schyłkowa i nieodwracalna niewydolność oddychowa wymagająca przewlekłego domowego leczenia tlenem	-	100%
	6. gruźlica pozapłucna z jednoczesnym zajęciem płuca leczona szpitalnie	-	100%
	7. choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca przynajmniej częściową resekcją jelita	-	100%
	8. toczeń rumieniowaty układowy (SLE)	-	100%
	9. twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)	-	100%
	10. wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem	-	100%
	11. wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego częściowym usunięciem	-	10%

Grupa 5 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. stwardnienie rozsiane	-	100%
	2. całkowita i nieodwracalna utrata mowy z powodów innych niż Choroba Psychiczna	-	100%
	3. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu	1. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu	100%
	4. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu	2. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu	25%
	5. wszczepienie implantu ślimakowego	3. wszczepienie implantu ślimakowego	10%
	6. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku	4. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku	100%
	7. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku	5. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku	50%
	8. tężec leczony szpitalnie	6. tężec leczony szpitalnie	100%
	9. wścieklizna leczona szpitalnie	7. wścieklizna leczona szpitalnie	100%
	10. choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	100%
Grupa 6 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania	1. nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania	100%
	2. łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	2. łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	3. łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm	3. łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm	10%
	4. usunięcie całego płuca	-	100%
	5. łagodny guz kanatu kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	4. łagodny guz kanatu kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	6. niedokrwiłość aplastyczna (aplazja szpiku)	5. niedokrwiłość aplastyczna (aplazja szpiku)	100%
Grupa 7 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości	1. nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości	10%
Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej			230%

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

Przykład 1

Jeśli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymała już od nas świadczenie za nowotwór złośliwy skóry w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, to nie otrzyma już świadczenia za kolejny taki nowotwór złośliwy skóry.

Przykład 2

Jeśli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymała już od nas świadczenie za nowotwór złośliwy gruczołu piersiowego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, to nie otrzyma już świadczenia za taki nowotwór złośliwy drugiego gruczołu piersiowego.

7. Jeśli na skutek jednego Poważnego Zachorowania występuje inne Poważne Zachorowanie, które zgodnie z dokumentacją medyczną jest jego bezpośrednim następstwem, to wypłacamy świadczenie tylko za to Poważne Zachorowanie, które wystąpiło jako pierwsze. Ograniczenie to nie dotyczy progresji nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, za który wypłaciliśmy 10% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, do nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, ani zmiany jego kwalifikacji na nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania. W takich przypadkach dopłacamy do % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który przewidujemy do wypłaty za nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania, nie więcej jednak niż:
- % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań

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

Przykład:

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

8. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej, jeśli Ubezpieczony umiera w wyniku Poważnego Zachorowania w ciągu:

- a) 30 dni od jego wystąpienia – w przypadku: sepsy (posocznicy) leczonej w Szpitalu, niedokrwiłości apłastycznej (apłazji szpiku), nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, operacji mózgu wykonanej z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, uszkodzenia mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego, oparzenia co najmniej 20% powierzchni ciała, śpiączki nefarmakologicznej powodującej trwałe Ubytki Neurologiczne, udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, usunięcia całego płuca,
- b) 14 dni od jego wystąpienia – w przypadku: amputacji kończyn, choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej przynajmniej częściową resekcją jelita, infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW) u osoby, która nie przeżyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW, łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, łagodnego guza kanału kręgowego leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, operacji aorty wykonanej drogą laparotomii lub torakotomii, operacji tętnicy płucnej wykonanej z otwarciem klatki piersiowej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), pierwszej przeskórnej interwencji wieńcowej, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego częściowym usunięciem, świeżego zawału serca.

9. Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje Poważne Zachorowanie spowodowane wyłącznie Nieszczęśliwym Wypadkiem.

10. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy za udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne, udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), pierwszą przeskórnią interwencję wieńcową lub świeży zawał serca, które występują w ciągu 5 lat od zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej, jeśli przed zawarciem tej umowy u Ubezpieczonego zdiagnozowano:

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

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

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

- d) gdy wystąpi Poważne Zachorowanie z grupy 1, za które wypłacimy świadczenie,
- e) gdy wystąpi Poważne Zachorowanie, za które wypłata – wraz z wypłatami za wcześniejsze Poważne Zachorowania – spowoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej,
- f) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
- g) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 72 lata lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Za Poważne Zachorowanie z grup 2 – 7 wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej zgodnie z tabelą Grupy Poważnych Zachorowań, nie więcej jednak niż:
- a) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań
- ani
- b) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej.

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

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

2. Jeśli jako pierwsze występuje Poważne Zachorowanie z grupy 1, to wypłacamy Ubezpieczonemu 150% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia takiego Poważnego Zachorowania

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
- a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
- b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
- c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,

wygasa ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.

3. Jeśli Poważne Zachorowanie z grupy 1 występuje jako kolejne, to wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej zgodnie z tabelą Grupy Poważnych Zachorowań, nie więcej jednak niż % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia takiego Poważnego Zachorowania wygasa ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.
4. Kwotę wypłaty obliczamy na podstawie Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia Poważnego Zachorowania. Za taki dzień wystąpienia uznajemy:
 - a) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadku: operacji aorty wykonanej drogą laparotomii lub torakotomii, operacji mózgu wykonanej z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zaotokę klinową, operacji tętnicy płucnej wykonanej z otwarciem klatki piersiowej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), pierwszej przezskórnej interwencji wieńcowej, usunięcia całego płuca, wszczepienia implantu ślimakowego, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego częściowym usunięciem, choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej przynajmniej częściową resekcją jelita,
 - b) dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku: nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości,
 - c) dzień wykonania badania diagnostycznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy, a następnie do zalecenia przeciwnowotworowego leczenia szpitalnego Ubezpieczonego – w przypadku gruźlicy pozapłucnej z jednoczesnym zajęciem płuca leczzonej szpitalnie,
 - d) dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu, jeśli Ubezpieczony nie był na liście biorców – w przypadku przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego,
 - e) ostatni dzień okresu, który wskazujemy w definicji Poważnego Zachorowania – w przypadku całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy z powodów innych niż Choroba Psychiczna oraz porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji,
 - f) dzień uznania Ubezpieczonego za trwale i całkowicie niezdolnego do samodzielnej egzystencji – w przypadku choroby Alzheimera powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, choroby Parkinsona powodującej trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, dystrofii mięśniowej powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, uszkodzenia mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji,
 - g) dzień postawienia diagnozy, która potwierdza zgodność jednostki chorobowej z definicją Poważnego Zachorowania – w przypadku pozostałych Poważnych Zachorowań.
5. Jeśli po wystąpieniu udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, zostaną stwierdzone trwałe Ubytki Neurologiczne, jako skutek tego Poważnego Zachorowania, to za dzień wystąpienia udaru mózgu z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi, uznajemy dzień wystąpienia udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych. W takim przypadku wcześniej wypłaconą kwotę za udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych traktujemy jako część świadczenia za udar mózgu z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi. Takie zasady stosujemy również w przypadku:
 - a) bakteryjnego albo wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujących trwałe Ubytki Neurologiczne,
 - b) zapalenia mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne oraz zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powodujących trwałe Ubytki Neurologiczne.Trwałe Ubytki Neurologiczne muszą utrzymywać się po 3 albo po 6 miesiącach – w zależności od okresu, który wskazujemy w definicji odpowiedniego Poważnego Zachorowania z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi.
6. Jeśli po 3 miesiącach od wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu o średnicy co najmniej 10 mm:

- a) zostaną stwierdzone trwałe Ubytki Neurologiczne, jako skutki tego Poważnego Zachorowania, albo
- b) zostanie on usunięty neurochirurgicznie lub będzie leczony radioterapią interwencyjną,

to za dzień wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne uznajemy dzień wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu o średnicy co najmniej 10 mm. W takim przypadku wcześniej wypłaconą kwotę za łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm traktujemy jako część świadczenia za łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY

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

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

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

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

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

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

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

Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje		Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
1	amputacja kończyn – jednoczesna utrata co najmniej dwóch kończyn lub ich części w wyniku choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku: a) na poziomie stawu skokowego lub powyżej – w przypadku kończyny dolnej, b) na poziomie nadgarstka lub powyżej – w przypadku kończyny górnej	✓	-
2	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – bakteryjne zakażenie pólki mózgu, pnia mózgu, mózdzku lub opon mózgowo-rdzeniowych, które spowodowało zaburzenia funkcji mózgu i spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza bakteryjną przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania. Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog. Ubezpieczenie nie obejmuje neuroboreliozy	✓	-
3	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania	✓	-
4	całkowita i nieodwracalna utrata mowy z powodów innych niż Choroba Psychiczna – całkowita utrata funkcji mowy, którą spowodowało nieodwracalne uszkodzenie krtani lub nieodwracalne uszkodzenie ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem lub choroby innej niż Choroba Psychiczna. Całkowita utrata funkcji mowy musi utrzymywać się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Całkowitą i nieodwracalną utratę mowy stwierdza laryngolog lub neurolog	✓	-
5	całkowita i nieodwracalna utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu: a) w przypadku której średnia arytmetyczna progów słyszalności dla któregośkolwiek ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest niższa niż 80 dB, b) którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym lub leczeniem operacyjnym (także z wszczepieniem implantu ślimakowego)	✓	✓
6	całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości słyszenia jednym uchem, w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w jednym uchu stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu w jednym uchu: a) w przypadku której średnia arytmetyczna progów słyszalności dla tego ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest niższa niż 80 dB, b) którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym	✓	✓
7	całkowita i nieodwracalna utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuć światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku stwierdza okulista. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym	✓	✓
8	całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuć światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w jednym oku stwierdza okulista. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym	✓	✓
9	choroba Alzheimera powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która doprowadziła do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, w stadium Trwałej Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Alzheimera stwierdza neurolog na podstawie testów klinicznych i kwestionariuszy, które potwierdzają trwałe zaburzenia poznawcze w zapamiętywaniu, rozumowaniu oraz myśleniu abstrakcyjnym. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków otępienia ani innych uszkodzeń mózgu, do których doszło w wyniku innych chorób	✓	-
10	choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – postępująca choroba układu nerwowego, która doprowadziła do: zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej i szybko postępującego otępienia oraz zaburzenia funkcji ruchu, w stadium Trwałej Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Creutzfeldta-Jakoba stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wyników badań EEG lub badań obrazowych	✓	-
11	choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca przynajmniej częściową resekcją jelita – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, która doprowadziła do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita oraz przeprowadzenia przynajmniej częściowej resekcji jelita (cienkiego lub grubego). Rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	✓	-

Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje		Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
12	choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego lub neuronów drogi piramidowej i powoduje trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się nieprzerwanie co najmniej przez 3 miesiące i prowadzą do zaburzeń motoryki. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie: a) stwardnienie zanikowe boczne, łac. Sclerosis Lateralis Amyotrophica (SLA), b) postępujący zanik mięśni, ang. Progressive Muscular Atrophy (PMA), c) pierwotne stwardnienie boczne, ang. Primary Lateral Sclerosis (PLS), d) postępujące porażenie opuszkowe, ang. Progressive Bulbar Palsy (PBP). Chorobę neuronu ruchowego stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania.	✓	-
13	choroba Parkinsona powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Parkinsona stwierdza neurolog na podstawie trwałych Ubytków Neurologicznych, charakterystycznych dla tego Poważnego Zachorowania. Ubezpieczenie nie obejmuje innych, poza chorobą Parkinsona, przyczyn parkinsonizmu (zespołu parkinsonowskiego)	✓	-
14	ciężka niewydolność wątroby – przewlekłe i nieodwracalne stadium choroby wątroby, w przebiegu którego: a) hepatolog lub gastroenterolog stwierdził występowanie przewlekłej choroby wątroby, b) występowały co najmniej dwa z wymienionych objawów przez co najmniej 3 miesiące udokumentowanej obserwacji lekarskiej: • trwała żółtaczka, • wodobrzusze nieoddające się leczeniu, • encefalopatia wrotna, • żylaki przełyku (wystarczy jednokrotne stwierdzenie w badaniu gastroscopowym). Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia: • leków w dawce większej niż zalecana przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, • leków niezalecanych przez lekarza, które są wydawane na receptę	✓	✓
15	cukrzyca typu 1 (insulinozależna) – choroba metaboliczna, u podłoża której leży przewlekły, autoimmunologiczny proces, który doprowadził do zniszczenia komórek trzustki produkujących insulinę. Choroba ta jest leczona insuliną z uwagi na zagrożenie życia. Cukrzycę stwierdza diabetolog	-	✓
16	dystrofia mięśniowa powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, która spowodowała postępujący zanik mięśni i doprowadziła do trwałych zaburzeń ich funkcji – w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Dystrofię mięśniową stwierdza neurolog na podstawie: a) standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz b) wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków postępującego zaniku mięśni, który jest spowodowany przyczynami neurologicznymi lub naczyniowymi	✓	-
17	gruźlica pozapłucna z jednoczesnym zajęciem płuca leczona szpitalnie – zakażenie prątkiem z grupy Mycobacterium tuberculosis complex (Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis, Mycobacterium africanum) w stadium aktywnej choroby z zajęciem co najmniej jednej struktury pozapłucnej (np. opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu) oraz z jednoczesnym zajęciem płuca. W wyniku tego zakażenia zostało podjęte pełne leczenie przeciwprątkowe podczas pobytu w Szpitalu. Ubezpieczenie obejmuje także gruźlicę prosówkową. Podstawą do stwierdzenia gruźlicy są: a) objawy charakterystyczne dla aktywnej choroby, b) wyniki badań obrazowych i bakteriologicznych. Ubezpieczenie nie obejmuje: • takiego stanu, który opisany jest wyłącznie pozytywnym wynikiem skórnej próby tuberkulinowej, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe, • bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej	✓	-
18	infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW), u osoby która nie przeżyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW – zakażenie wsierdza w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, które składają się ze skrzepin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdza), stwierdzonych w obrazach echokardiograficznych, u osoby, która nie przeżyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy poprzedzających zapalenie wsierdza. Infekcyjne zapalenie wsierdza stwierdza lekarz chorób wewnętrznych lub kardiolog na podstawie dodatniego wyniku badań bakteriologicznych, które wykazują obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdza w 2 różnych posiewach	✓	✓
19	łagodny guz kanatu kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne – niezłośliwy nowotwór zlokalizowany wewnątrz kanatu kręgowego, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią interwencyjną lub który – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się dłużej niż przez 3 miesiące od dnia stwierdzenia guza. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: ziarniniaków, ropni, krwawiaków, tętniaków, guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, przepukliny krążka międzykręgowego, zmian zwyrodnieniowych, urazów kręgołupa	✓	✓

Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje		Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
20	łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią interwencyjną lub – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia stwierdzenia guza. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: guzów przysadki o średnicy poniżej 10 mm, ziarniniaków, tętniaków, krwaków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego	✓	✓
21	łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, o średnicy co najmniej 10 mm. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje krwaków, ropni, ziarniniaków ani tętniaków	✓	✓
22	niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku) – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku, która przebiega ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25%. Niedokrwistość aplastyczną (aplazję szpiku) stwierdza hematolog na podstawie występowania co najmniej 2 spośród 3 poniższych nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi: a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³, b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³, c) liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³. Ponadto Ubezpieczony musi spełnić jeden z poniższych warunków: • musi być leczony co najmniej 2 przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego w ciągu 3 kolejnych miesięcy, • otrzymywać leczenie immunosupresyjne, • poddać się przeszczepowi szpiku kostnego lub przeszczepowi komórek macierzystych krwi. Ubezpieczenie nie obejmuje przejściowej lub odwracalnej postaci niedokrwistości aplastycznej	✓	✓
23	nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych albo jest zmianą o niskim potencjale złośliwości. Ubezpieczenie obejmuje następujące nowotwory złośliwe w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości: a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą, b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, c) nowotwór gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także taki, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), d) rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM, e) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa, f) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje guzów granicznych jajnika. Ubezpieczenie nie obejmuje: • dysplazji, • zmian przedrakowych, • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarnicznych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia	✓	✓
24	nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym oraz czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje: • nowotworów, które spełniają definicję nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, • guzów granicznych jajnika w stopniu IA ani IB według klasyfikacji FIGO (fr. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne). Ubezpieczenie nie obejmuje: • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarnicznych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia	✓	✓

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
25	oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała – uszkodzenie skóry, które powstało w wyniku poparzenia 3-go stopnia i które obejmuje co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi	✓	✓
26	operacja aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej lub brzusznej (z wyłączeniem ich odgałęzień), wykonana drogą laparotomii lub torakotomii. Operacja ta polega na: a) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub b) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje operacyjnego leczenia zastawek aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji aorty, które wykorzystują mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przeszskórne operacje naprawcze, polegające na wprowadzeniu stentu albo stentgraftu do aorty	✓	-
27	operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową – operacja neurochirurgiczna mózgu, wykonana z powodu choroby, w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, na podstawie wskazań neurochirurga. Ubezpieczenie obejmuje także operacyjne otwarcie czaszki w celu usunięcia ropnia mózgu. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu, która jest wykonywana w celu diagnostyki lub leczenia nowotworu ani udaru mózgu	✓	✓
28	operacja tętnicy płucnej wykonana z otwarciem klatki piersiowej – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym lub nacięciu tętnicy i usunięciu z niej materiału zatorowego. Operacja ta jest przeprowadzana na podstawie wskazań kardiologa lub kardiochirurga. Ubezpieczenie nie obejmuje zatorów płucnych leczonych przy użyciu technik śródnaczyniowych ani środków farmakologicznych	✓	-
29	operacja zastawek serca – operacja kardiologiczna przeprowadzona na otwartym sercu albo bez otwierania serca, która polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Operacja ta może być również wykonana przy użyciu mikrochirurgii lub kardiologicznych technik śródnaczyniowych, takich jak przeszskórna operacja naprawcza zastawek serca. Konieczność przeprowadzenia operacji stwierdza kardiolog, na podstawie wyników badań medycznych	✓	-
30	pierwotna kardiomiopatia rozstrzeniowa powodująca obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 30% – pierwotna choroba mięśnia sercowego, która prowadzi do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Kardiomiopatię rozstrzeniową stwierdza kardiolog na podstawie stwierdzenia obniżenia frakcji wyrzutowej lewej komory serca (ang. EF – Ejection Fraction) poniżej 30% w dwóch kolejnych badaniach echokardiograficznych, wykonanych w odstępie co najmniej 3 miesięcy. Ubezpieczenie nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej	✓	-
31	pierwsza przeszskórna interwencja wieńcowa – pierwszy w życiu Ubezpieczonego zabieg wewnątrznaczyniowy, który jest przeprowadzany w celu korekcy zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych. Rozległość zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych oraz fakt przeprowadzenia zabiegu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia specjalistycznego oraz w koronarografii	✓	-
32	pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass) – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczepienie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia takiej operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, stwierdza kardiolog	✓	-
33	porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn, którą spowodowały Nieszczęśliwy Wypadek lub choroba oraz która nie rokuje poprawy i występuje przez co najmniej 3 kolejne miesiące. Rozpoznanie i zakres zmian stwierdza neurolog. Ubezpieczenie nie obejmuje osłabienia siły mięśni, które przejawia się w postaci niedowładów, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych). W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje porażenia kończyn w przebiegu choroby neuronu ruchowego, stwardnienia rozsianego ani łagodnego guza kanału kręgowego	✓	-
34	postępujące porażenie nadjądrowe prowadzące do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która doprowadziła do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego. Postępujące porażenie nadjądrowe stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wystąpienia statych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy	✓	-
35	przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego – zabieg operacyjny, który następuje w stanie nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności lub choroby narządu i który jest najodpowiedniejszym sposobem leczenia. Podczas tego zabiegu Ubezpieczonemu, jako biorcy, zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka albo szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego Poważnym Zachorowaniem jest zastosowanie komórek macierzystych krwi, po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy z powodu choroby hematologicznej szpiku. Poważnym Zachorowaniem jest także fakt zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów. Ubezpieczenie nie obejmuje: a) przeszczepu innego narządu niż wymienione, b) przeszczepu wysp trzustkowych ani c) przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste, poza wyżej opisanym przypadkiem. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu szpiku kostnego w przebiegu niedokrwistości aplastycznej (apłazji szpiku) ani w przebiegu chorób innych niż hematologiczne	✓	✓

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
36	schyłkowa i nieodwracalna niewydolność oddechowa wymagająca przewlekłego domowego leczenia tlenem – schyłkowe i nieodwracalne stadium choroby płuc, które spowodowało obniżenie wydolności oddechowej, które spełnia łącznie wszystkie poniżej określone warunki: a) wymaga stosowania codziennej tlenoterapii przez co najmniej 3 miesiące z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii), potwierdzonej kwalifikacją specjalisty chorób płuc do domowego leczenia tlenem (DLT) w czasie co najmniej 15 godzin na dobę, b) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej jest niższe lub równe 55 mm Hg ($pO_2 \leq 55$ mm Hg), według wyniku badania gazometrycznego krwi tętniczej, wykonanego jako element kwalifikacji lekarskiej do domowego leczenia tlenem (DLT), c) występuje duszność spoczynkowa, gdy nie stosuje się suplementacji tlenowej w okresie domowego leczenia tlenem (DLT). Schyłkową i nieodwracalną niewydolność oddechową stwierdza pulmonolog	✓	-
37	schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią – schyłkowe stadium choroby nerek, które wyraża się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, które spowodowało rozpoczęcie przewlekłej dializoterapii. Schyłkową niewydolność nerek stwierdza nefrolog. Ubezpieczenie nie obejmuje ostrej niewydolności nerek, która wymaga jedynie okresowej dializoterapii	✓	✓
38	sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu – dysfunkcja wielonarządowa, która zagraża życiu oraz: a) jest spowodowana zaburzoną regulacją odpowiedzi ustroju na zakażenie i b) spełnia aktualne kryteria rozpoznawania sepsy wg konsensusu Sepsis-3 lub wg nowszych wytycznych, które są kontynuacją tego konsensusu i c) jest leczona w Szpitalu. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia ww. dysfunkcji narządowej spełniającej kryteria rozpoznania sepsy (wg Sepsis-3)	✓	✓
39	stwardnienie rozsiane – choroba zapalna układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami demielinizacyjnymi. Stwardnienie rozsiane stwierdza neurolog na podstawie aktualnych międzynarodowych kryteriów diagnostycznych (Kryteria McDonald). Ubezpieczenie nie obejmuje: - rozpoznanie tzw. klinicznie izolowanego zespołu CIS (ang. clinically isolated syndrome), - procesów demielinizacyjnych nie zakończonych jednoznacznym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, w tym rozpoznania prawdopodobnego stwardnienia rozsianego (ang. possible MS – possible multiple sclerosis)	✓	-
40	śpiączka niefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne – stan utraty przytomności z brakiem odruchu rogówkowego oraz brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne: a) który trwa w sposób ciągły i wymaga intubacji oraz mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia przez co najmniej 96 godzin po zakończeniu śpiączki farmakologicznej (po odstawieniu leków znieczulenia ogólnego) oraz b) którego skutkiem jest trwały Ubytek Neurologiczny, stwierdzony przez neurologa. Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia: - leków w dawce większej niż zalecana przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, - leków niezalecanych przez lekarza, które są wydawane na receptę	✓	✓
41	świeży zawał serca – ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia świeżego zawału serca jest wzrost lub spadek stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: a) objawy niedokrwienia mięśnia sercowego, b) obecność nowych niedokrwiennych zmian w elektrokardiogramie, w tym: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcięcia ST-T, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie, d) uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej, e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidocznioma badaniem angiograficznym. Ubezpieczenie nie obejmuje: - niestabilnej choroby wieńcowej, epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych, w tym ostrego zespołu wieńcowego, któremu nie towarzyszy rozpoznanie zawału serca, - zawału serca typu 3 według konsensusu z 2018 r. Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, American College of Cardiology, American Heart Association i World Heart Federation ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca, - zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów świeżego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi	✓	-
42	tężec leczony szpitalnie – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (Clostridium tetani). Leczenie Poważnego Zachorowania polega na dożylnym antybiotykoterapii oraz podaniu Ubezpieczonemu surowicy przeciwężcowej w czasie pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Podstawą do stwierdzenia tężca jest jeden z następujących objawów: a) bolesne skurcze mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękoscisk lub uśmiech sardoniczny), b) bolesne skurcze mięśni tułowia, c) łukowate wygięcie ciała (opistotonus). Rozpoznanie musi być także potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi	✓	✓
43	toczeń rumieniowaty układowy (SLE) – choroba autoimmunologiczna, która przebiega z typowymi zmianami skórными, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi. Podstawą do stwierdzenia tocznia rumieniowatego układowego (SLE) są standardy medyczne opracowane przez EULAR/ACR (European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus) w 2019 r. lub ich kontynuacje. Ubezpieczenie nie obejmuje tocznia rumieniowatego układowego polekowego ani tocznia rumieniowatego krążkowego	✓	-

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
44	twardzina układowa (sklerodermia uogólniona) – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym, która przebiega z postępującym rozlanym włośnieniem w skórze, naczyń krwionośnych i narządach wewnętrznych. Podstawą do stwierdzenia twardziny układowej są standardy medyczne opracowane przez EULAR/ACR (European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus) w 2013 r. lub ich kontynuacje. Ubezpieczenie nie obejmuje: a) zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijnych stwardnień powłok lub ograniczonych plam – morphea), b) eozynofilowego zapalenia powięzi, c) zespołu CREST	✓	-
45	udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne – martwica tkanki mózgowej (również mózdzku i rdzenia przedłużonego), którą wywołuje przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej (również krwotok podpajęczynówkowy), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności: a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu, b) obecność nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania, c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: • epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND), • zawału mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, • wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych, • patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki), • innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych (w tym udaru mózgu – nawet rozpoznanego w czasie pobytu w Szpitalu lub przez neurologa, ale który miał miejsce w bliżej nieokreślonej przeszłości, czyli bez wystąpienia nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu)	✓	-
46	udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania	✓	-
47	usunięcie całego płuca – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na usunięciu całego płuca. Konieczność przeprowadzenia operacji musi wynikać z choroby albo Nieszczęśliwego Wypadku. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji, która polega na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu)	✓	-
48	uszkodzenie mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, które powstało w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku i spowodowało wystąpienie trwałych Ubytków Neurologicznych oraz Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Uszkodzenie mózgu stwierdza neurolog na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: a) uszkodzenia rdzenia kręgowego, b) zaburzeń czynności lub uszkodzenia mózgu, które nie są bezpośrednim następstwem Nieszczęśliwego Wypadku lub są skutkiem choroby, w tym występującej nagle	✓	✓
49	wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – zakażenie wirusowe pólki mózgu, pnia mózgu, mózdzku lub opon mózgowo-rdzeniowych, która spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza wirusową przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania. Wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog	✓	-
50	wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania	✓	-
51	wrzodzące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, która doprowadziła do całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego. Rozpoznanie wrzodzącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	✓	-
52	wrzodzące zapalenie jelita grubego skutkujące jego częściowym usunięciem – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, która doprowadziła do chirurgicznego usunięcia części jelita grubego. Rozpoznanie wrzodzącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	✓	-
53	wszczepienie implantu ślimakowego – wszczepienie w czasie zabiegu operacyjnego urządzenia elektronicznego, które pozwala na rozpoczęcie rehabilitacji słuchu u osoby z obustronną głuchotą lub obustronnym głębokim niedosłuchem	✓	✓
54	wścieklizna leczona szpitalnie – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem Lyssa, która przebiega klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, i skutkuje zastosowaniem leczenia podczas pobytu w Szpitalu. Podstawą do stwierdzenia wścieklizny są obowiązujące kliniczne kryteria diagnostyczne i kryteria laboratoryjne, które określa Państwowy Zakład Higieny	✓	✓

Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje		Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
55	zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwio pochodnych – choroba, która wyniszcza układ immunologiczny (odpornościowy) i którą potwierdzają pozytywne wyniki 2 testów: test na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz test Western Blot lub PCR. Poważne Zachorowanie musi być spowodowane przetoczeniem krwi lub preparatów krwio pochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej: a) przetoczenie to było niezbędne z medycznego punktu widzenia, b) przetoczenie miało miejsce po zawarciu pierwszej Umowy Dodatkowej, c) serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia, d) krew lub preparaty krwio pochodne pochodzą z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia, e) Ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) ani hemofilię. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi lub preparatów krwio pochodnych, w tym przypadków, gdy do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków	✓	✓
56	zapalenie mózgu powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – zakażenie, w którym proces chorobowy obejmuje półkule mózgowe, pień mózgu lub mózdzek i które spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania. Zapalenie mózgu rozpoznaje neurolog	-	✓
57	zapalenie mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji zapalenia mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania	-	✓
58	zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – zakażenie, w którym proces chorobowy obejmuje opony mózgowo-rdzeniowe i spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog	-	✓
59	zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania	-	✓

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 101/2024 i wchodzi w życie 14 września 2024 r.

UMOWA DODATKOWA

Leczenie za granicą

Co zyskujesz?

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

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

Dodatkowo otrzymasz:

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

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

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

Zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta: **22 864 55 22**.

Jest ono czynne 24 godz. na dobę, 7 dni w tygodniu.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

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

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

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

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

do wysokości Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

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

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

Rodzaj wypłaty	Limit
Pobyt w Szpitalu	Maksymalnie 6000 euro: • 100 euro za 1 Dzień Pobytu w Szpitalu, • wypłata maksymalnie za 60 Dni Pobytu w Szpitalu w czasie leczenia jednego Poważnego Stanu Chorobowego
Pokrycie kosztów Leków po Leczeniu za Granicą	Maksymalnie 50 000 euro łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych.

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

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

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

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

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

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

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

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

ART. 8 JAKIE KOSZTY ZAKWATEROWANIA OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

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

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

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

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

Ubezpieczenie obejmuje:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MODUŁ OCHRONY 1: NOWOTWÓR

- a) nowotwór złośliwy – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz może powodować naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe; do nowotworów złośliwych zaliczamy także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina),
- b) rak przedinwazyjny lub carcinoma in situ (Tis) – ogniskowy, miejscowy, złośliwy rozrost komórkowy, który jest ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych – według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, the 8th Edition TNM Classification i następne) – wszystkich narządów poza skórą,
- c) zmiany przedrakowe, które na podstawie badania cytologicznego lub histopatologicznego zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia (ang. high grade dysplasia or severe dysplasia).

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV,
- nowotworów skóry poza czerniakiem złośliwym i nowotworami, które zgodnie z opisem badania histopatologicznego naciekają poza zewnętrzną warstwę skóry (naciekają poza nasłórkę),
- leczenia z wykorzystaniem Terapii Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy)

MODUŁ OCHRONY 2: ZABIEG SERCOWO-NACZYNIOWY

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

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

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

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

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

MODUŁ OCHRONY 3: ZABIEG NEUROCHIRURGICZNY

Zabieg neurochirurgiczny:

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

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

MODUŁ OCHRONY 4: PRZESZCZEP

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

Ubezpieczenie nie obejmuje:

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

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

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

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

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

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

JAK SIĘ ODBYWA LECZENIE ZA GRANICĄ – KROK PO KROKU

Krok I Potwierdzenie diagnozy	Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Further oraz: - zapewnia Further dostęp do swojej dokumentacji medycznej, - wypełnia formularze, które otrzymuje z Further, - odpowiada na pytania konsultanta dotyczące stanu zdrowia
Krok II Decyzja o leczeniu za granicą	Jeśli Poważny Stan Chorobowy jest objęty ubezpieczeniem, to: - Ubezpieczony podejmuje decyzję, czy chce skorzystać z Leczenia za Granicą, - o swojej decyzji informuje Further
Krok III Wybór placówki medycznej	- Further przygotowuje listę co najmniej 3 Placówek Medycznych, w których może być przeprowadzone leczenie, - Ubezpieczony wybiera jedną z nich, a Further wydaje pisemną zgodę na opłacenie kosztów leczenia w tej placówce oraz innych świadczeń i usług, które są objęte ubezpieczeniem (Certyfikat)
Krok IV Wyjazd i leczenie	- Further organizuje podróż oraz cały proces leczenia Ubezpiezonego, a wyznaczony opiekun na każdym etapie służy Ubezpieczonemu pomocą, - leczenie odbywa się zgodnie z przygotowanym wcześniej planem, - za każdy dzień Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony otrzymuje 100 euro
Krok V Powrót do Polski	Gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego nie jest już konieczne dalsze leczenie, Further organizuje powrót Ubezpiezonego do Polski
Krok VI Opieka Medyczna po Leczeniu za Granicą	Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać z Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, to: - kontaktuje się z Further, - Further organizuje i finansuje tę opiekę za granicą albo zwraca koszty tej opieki w Polsce Ubezpieczony może także korzystać ze zwrotu kosztów Leków kupionych już w Polsce

UMOWA DODATKOWA

„Assistance Onkologiczny”

Co zyskujesz w razie zachorowania na raka?

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

Warto wiedzieć

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

Jeśli zachorujesz na raka, zapewnimy im:

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

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

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

Jak skorzystać z assistance?

Wszystkie informacje znajdziesz na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

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

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

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

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rodzaj i opis świadczenia	Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
I. Pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku z diagnozą Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym	
1. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego	
Gdy Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego, powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego, zapewnimy:	
a) organizację i pokrycie kosztów transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, i b) pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).	
2. Dostarczenie posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego	
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego posiłków – koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony.	
3. Dostarczenie Leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego	
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego Leków – koszt Leków pokrywa Ubezpieczony.	
4. Pomoc pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego	
Gdy wymagana jest pomoc pielęgniarki, zorganizujemy i pokryjemy koszty honorarium i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego – dodatkowe koszty opieki pielęgniarskiej (koszty zakupu Leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony.	
5. Zwrot kosztów peruk i protez na rzecz Ubezpieczonego	
Gdy Ubezpieczony używa peruki lub protezy, zwrócimy koszty zakupu poniesione przez Ubezpieczonego, do limitu wskazanego w kolumnie obok.	
6. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z miejsca pobytu do Placówki Medycznej	5000 zł
Transporty Medyczne są organizowane do Placówki Medycznej wskazanej przez Lekarza Prowadzącego, gdy wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w Placówce Medycznej.	
7. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z Placówki Medycznej do miejsca pobytu	
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu Medycznego z Placówki Medycznej, w której przebywa Ubezpieczony, do miejsca jego pobytu.	
8. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą pomiędzy Placówkami Medycznymi	
Transporty są organizowane w przypadku, gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej.	
9. Opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
Gdy wymagana jest opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi Ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi, zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki.	
10. Opieka nad psem lub kotem	
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu psa lub kota do wskazanego miejsca	
11. Pomoc domowa w miejscu pobytu Ubezpieczonego	
Gdy wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów - nie pokrywamy kosztów podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków.	
12. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego	maksymalnie 5 konsultacji
Gdy Ubezpieczony chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
13. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego, zapewnimy konsultacje rehabilitacyjne, w ramach których będą wykonywane:	
• ćwiczenia wytrzymałościowe na cykloergometrze, bieżni, stepperze w placówce rehabilitacyjnej (nie pokrywamy kosztu wypożyczenia lub zakupu urządzeń) • trening oporowy w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego	maksymalnie 10 konsultacji
• ćwiczenia ogólnousprawniające w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego • fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego	

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

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

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

9. Ubezpieczenie nie obejmuje:

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

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

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

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

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

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

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

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

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

Niezdolność do pracy

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci wsparcie finansowe, jeśli lekarz stwierdzi u Ciebie niezdolność do pracy.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w tej umowie dodatkowej, to **1 000 000 zł**.

Warto wiedzieć

Ubezpieczenie dotyczy:

- całkowitej niezdolności do jakiegokolwiek pracy, która jest konsekwencją choroby lub wypadku, trwa nieprzerwanie minimum 12 miesięcy i ma charakter trwały i nieodwracalny
- oraz
- czasowej niezdolności do pracy spowodowanej zachorowaniem na nowotwór złośliwy, która trwa minimum 3 miesiące.

Zwróć uwagę

W razie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wypłacamy 100% kwoty, na którą się ubezpieczyłeś.

- W razie czasowej niezdolności do pracy wypłacamy 10% kwoty, na którą się ubezpieczyłeś.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (NP/TZ/5/2024)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-4 wraz z definicjami pojęć z art. 1 Art. 6 ust. 1-2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 5-7 Art. 6 ust. 3 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (NP/TZ/5/2024)

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Niezdolność do Pracy** – Trwata i Całkowita Niezdolność do Pracy lub Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy
4. **Nowotwór Złośliwy w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych albo jest zmianą o niskim potencjale złośliwości. Ubezpieczenie obejmuje następujące Nowotwory Złośliwe w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości:
 - a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą,
 - b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
 - c) nowotwór gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także taki, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0),
 - d) rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM,
 - e) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa,
 - f) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne. Rozpoznanie Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.

W zakresie Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości ubezpieczenie nie obejmuje guzów granicznych jajnika.

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- dysplazji,
- zmian przedrakowych,
- nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji,
- mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV.

Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia

5. **Nowotwór Złośliwy w Wysokim Stopniu Zaawansowania** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe.

Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym oraz czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa.

Rozpoznanie Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.

W zakresie Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania ubezpieczenie nie obejmuje:

- nowotworów, które spełniają definicję Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości,
- guzów granicznych jajnika w stopniu IA ani IB według klasyfikacji FIGO (fr. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne).

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji,
- mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV.

Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia

6. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, od dnia rejestracji do dnia wypisu. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i musi rozpoczynać się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu: na oddziale rehabilitacyjnym lub ratunkowym, w ośrodku opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum (także onkologicznym), ośrodku leczenia uzależnień, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym lub wypoczynkowym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitalu uzdrowiskowym ani szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym
7. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zająć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
8. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku Niezdolności do Pracy. Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całonocową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
 - b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
10. **Trwata i Całkowita Niezdolność do Pracy** – trwata i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej. Ta niezdolność musi spełniać wszystkie poniższe warunki:

- a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmuje Ubezpieczonego,
- b) być spowodowana rozstrojem zdrowia lub uszkodzeniem ciała, które również wystąpiło w czasie tej ochrony,
- c) utrzymywać się w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez minimalny okres 12 miesięcy,
- d) po zakończeniu tego minimalnego okresu mieć – na podstawie aktualnej wiedzy i oceny medycznej – charakter trwały, całkowity i nieodwracalny, czyli nie rokować odzyskania zdolności do wykonywania żadnej Aktywności Zarobkowej.

Jeśli podczas tego minimalnego okresu utrzymywania się Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego minimalnego okresu nie musi przypadać w czasie ochrony ubezpieczeniowej

11. Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy (Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy) – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji, spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy. Ta niezdolność musi spełniać wszystkie poniższe warunki:

- a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmuje Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy,
- b) być spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, które również wystąpiło w czasie tej ochrony,
- c) z powodu tego zachorowania utrzymywać się w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez minimalny okres 3 miesięcy.

Ubezpieczenie obejmuje Trzymiesięczną Niezdolność do Pracy spowodowaną Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, która została potwierdzona zaświadczeniami lekarskimi wystawionymi w związku z tym zachorowaniem. Takim zaświadczeniem lekarskim jest zwolnienie lekarskie lub inny równoważny dokument przewidziany w przepisach o ubezpieczeniach społecznych i wydawany na ich podstawie w celu uzyskania prawa do świadczeń pieniężnych za okres Niezdolności do Pracy, w tym świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, wypadkowego lub rentowego. Takie zaświadczenia lekarskie muszą obejmować nieprzerwany minimalny okres 3 miesięcy przypadających w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmuje Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy. Dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy jest wtedy pierwszy dzień nieprzerwanego okresu, na jaki wystawiono takie zaświadczenia lekarskie.

Jeśli Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy nie może zostać potwierdzona takimi zaświadczeniami lekarskimi, to wystarczy, że w ramach leczenia Zachorowania na Nowotwór Złośliwy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy:

- zastosowano leczenie operacyjne podczas Pobytu w Szpitalu w związku z tym zachorowaniem i wtedy dzień, w którym przeprowadzono to leczenie jest dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy; ubezpieczenie nie obejmuje biopsji igłowych, kolonoskopii, gastroskopii ani endoskopii górnych ani dolnych dróg oddechowych

lub

- zastosowano chemioterapię onkologiczną, radioterapię onkologiczną lub immunoterapię onkologiczną i wtedy dzień, w którym rozpoczęto to leczenie jest dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy

lub

- zalecono paliatywne leczenie tego zachorowania i wtedy dzień, w którym onkolog wydał to zalecenie jest dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy.

Jeśli Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy jest potwierdzona przez więcej niż jeden ze sposobów leczenia, które wskazujemy wyżej, to wtedy dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy jest najwcześniejszy z dni, które wskazujemy dla tych sposobów leczenia.

Jeśli podczas minimalnego okresu utrzymywania się Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, który wskazujemy wyżej, Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego minimalnego okresu nie musi przypadać w czasie ochrony ubezpieczeniowej

12. Ubezpieczony – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:

- a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 55 lat i
- b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie

13. Wyczynowe Uprawianie Sportu – uprawianie sportu, które polega na:

- a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
- b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

14. Zachorowanie na Nowotwór Złośliwy – choroba Ubezpieczonego, która:

- a) spełnia definicję Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania lub definicję Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości

oraz

- b) wystąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, i nie stanowi progresji, przerzutu ani innej wznowy nowotworu złośliwego, który wystąpił przed rozpoczęciem tej ochrony.

Dniem Zachorowania na Nowotwór Złośliwy jest dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy

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

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

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność do Pracy, także taką, która powstaje na skutek Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
3. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy obejmujemy Ubezpieczonego w ramach pierwszej Umowy Dodatkowej zawieranej na podstawie Twojego Wniosku zarejestrowanego po 13 września 2024 r. lub w ramach kolejnej Umowy Dodatkowej zawieranej na podstawie naszej propozycji przygotowanej po tym dniu.
4. W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
5. Po wypłacie pieniędzy za Trzymiesięczną Niezdolność do Pracy – w ramach pierwszej lub kolejnych Umów Dodatkowych, które zawierasz jako część danej Umowy – nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy w razie innej Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli:
 - a) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy
- lub
- b) obie niezdolności są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy
- lub
- c) obie niezdolności są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie.
6. Po wypłacie pieniędzy za Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy – w ramach pierwszej lub kolejnych Umów Dodatkowych, które zawierasz jako część danej Umowy – nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli:
 - a) obie niezdolności rozpoczęły się w tym samym dniu

lub

- b) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy

lub

- c) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie.

7. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli została spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, które miało miejsce w pierwszych 90 dniach ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w pierwszej Umowie Dodatkowej. Nie wypłacamy pieniędzy w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy także wtedy, gdy została spowodowana progresją, przerzutem lub inną wznową tego nowotworu złośliwego – niezależnie od momentu ich wystąpienia.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) w ostatnim dniu minimalnego okresu utrzymywania się Niezdolności do Pracy, za którą wypłacamy łącznie 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - e) w ostatnim dniu minimalnego 12-miesięcznego okresu utrzymywania się najwcześniejszej Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,
 - f) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - g) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego. Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje lub
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
5. Jeśli Niezdolność do Pracy jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Jeśli wystąpi Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy, wypłacamy Ubezpieczonemu 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje:
 - a) w ostatnim dniu minimalnego 12-miesięcznego okresu utrzymywania się tej Niezdolności do Pracy albo
 - b) w dniu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej z upływem okresu, na który została zawarta, jeśli nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej,w zależności od tego, który z tych dni jest wcześniejszy.
 2. Jeśli wystąpi Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy, wypłacamy Ubezpieczonemu 10% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje:
 - a) w ostatnim dniu minimalnego 3-miesięcznego okresu utrzymywania się tej Niezdolności do Pracy albo
 - b) w dniu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej z upływem okresu, na który została zawarta, jeśli nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej,w zależności od tego, który z tych dni jest wcześniejszy.
 3. Jeśli wypłaciliśmy pieniądze za Trzymiesięczną Niezdolność do Pracy – w ramach pierwszej lub kolejnych Umów Dodatkowych, które zawierasz jako część danej Umowy – oraz wystąpiła Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy i ponadto:
 - a) obie niezdolności rozpoczęły się w tym samym dniu, lub
 - b) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowylub
 - c) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie,
- to te wypłacone pieniądze są częścią świadczenia w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, a my dopłacamy do kwoty, która przysługuje w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentacji medycznej z przebiegu diagnostyki i leczenia Ubezpieczonego, która potwierdza Niezdolność do Pracy i jej przyczynę, w tym: dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, wyników badań, zwolnień, orzeczeń i zaświadczeń lekarskich, kopii decyzji organów rentowych.

Możemy również poprosić Ubezpieczonego o inne dokumenty, jeśli będą niezbędne, aby ustalić naszą odpowiedzialność.

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

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

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych

substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,

- b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich,
- c) w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
- d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
- e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,

g) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,

h) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 103/2024 i wchodzi w życie 14 września 2024 r.

UMOWA DODATKOWA

Leczenie w szpitalu – „Na Zdrowie”

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE” (ZD/TZ/7/2024)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE” (ZD/TZ/7/2024)

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

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

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

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

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

osoby, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową, lub zagrożenie życia dziecka.

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

Za taką samą metodę leczenia uznajemy:

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

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

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

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

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

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

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

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

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

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

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

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 98/2024 i wchodzi w życie 14 września 2024 r.

WYKAZ POSTĘPOWAŃ MEDYCZNYCH DO UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE” (WPM/TZ/7/2024)

Część I. Główne postępowania medyczne

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
NEUROLOGIA					
1	5 lat ¹	Śpiączka pochodzenia nieurazowego (z wyłączeniem śpiączki farmakologicznej lub śpiączki cukrzycowej) leczona zachowawczo	1 200 zł	2 390 zł	3 620 zł
2	5 lat ³	Choroba nerwu rdzeniowego z wyłączeniem dyskopatii kręgosłupa leczona operacyjnie	980 zł	1 980 zł	3 000 zł
3	5 lat ¹	Choroba nerwu rdzeniowego z wyłączeniem dyskopatii kręgosłupa leczona zachowawczo	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
4	5 lat ¹	Choroba nerwu czaszkowego (z wyłączeniem choroby nerwu wzrokowego) leczona zachowawczo	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
5	5 lat / 18 mies. ²	Choroba nerwu czaszkowego (z wyłączeniem choroby nerwu wzrokowego) leczona operacyjnie	1 470 zł	2 920 zł	4 430 zł
6	5 lat ¹	Przemijający napad niedokrwienny mózgowia TIA (z wyłączeniem udaru niedokrwiennego mózgowia) leczony zachowawczo	1 590 zł	3 200 zł	4 850 zł
7	5 lat ¹	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo	2 690 zł	5 390 zł	8 160 zł
8	5 lat ¹	Krwotok śródczaszkowy (z wyłączeniem krwotoku śródczaszkowego będącego skutkiem urazu) leczony zachowawczo	2 690 zł	5 390 zł	8 160 zł
9	5 lat ¹	Krwotok śródczaszkowy (z wyłączeniem krwotoku śródczaszkowego będącego skutkiem urazu) leczony operacyjnie	3 470 zł	6 920 zł	10 520 zł
10	5 lat ¹	Naczyniak mózgowia leczony metodami śródnaczyniowymi lub technikami radiologii interwencyjnej	5 560 zł	11 130 zł	16 840 zł
11	5 lat ¹	Naczyniak mózgowia leczony operacyjnie z chirurgicznym otwarciem czaszki (z wyłączeniem metod śródnaczyniowych lub technik radiologii interwencyjnej)	13 250 zł	26 480 zł	40 140 zł
12	5 lat ¹	Naczyniak rdzenia leczony metodami śródnaczyniowymi lub technikami radiologii interwencyjnej	5 560 zł	11 130 zł	16 840 zł
13	5 lat ¹	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie (z wyłączeniem leczenia metodami śródnaczyniowymi lub metodami radiologii interwencyjnej)	6 280 zł	12 560 zł	19 020 zł
14	5 lat ¹	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczony zachowawczo	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
15	5 lat ¹	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczony operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
16	5 lat ¹	Łagodny nowotwór śródczaszkowy (z wyłączeniem naczyniaków mózgowia) leczony zachowawczo	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
17	5 lat ¹	Łagodny nowotwór śródczaszkowy (z wyłączeniem naczyniaków mózgowia lub nowotworów łagodnych przysadki) leczony operacyjnie	4 150 zł	8 300 zł	12 570 zł
18	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	3 260 zł	6 530 zł	9 900 zł
19	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki) leczony technikami radiologii interwencyjnej	5 540 zł	11 100 zł	16 830 zł
20	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki) leczony operacyjnie	10 590 zł	21 190 zł	32 100 zł
21	5 lat ¹	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	5 020 zł	10 050 zł	15 220 zł
22	5 lat ¹	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	5 020 zł	10 050 zł	15 220 zł
23	5 lat ¹	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	4 440 zł	8 880 zł	13 460 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
24	5 lat ¹	Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem leczona zachowawczo	2 280 zł	4 560 zł	6 900 zł
25	5 lat ¹	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski leczone zachowawczo	1 470 zł	2 920 zł	4 400 zł
26	5 lat ¹	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski leczone zabiegowo	2 770 zł	5 540 zł	8 410 zł
27	5 lat ¹	Zespół Guillaína-Barrego leczony zachowawczo	1 330 zł	2 640 zł	4 010 zł
28	5 lat ¹	Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo	1 470 zł	2 920 zł	4 400 zł
29	5 lat ¹	Stwardnienie zanikowe boczne leczone zachowawczo	4 150 zł	8 300 zł	12 570 zł
30	5 lat ¹	Stwardnienie zanikowe boczne leczone z zastosowaniem zabiegów tracheostomii lub przezskórnej gastrostomii endoskopowej (PEG)	4 440 zł	8 880 zł	13 460 zł
31	5 lat ¹	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwiak śródrdzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	3 650 zł	7 280 zł	11 020 zł
NARZĄD WZROKU					
32	5 lat ¹	Zapalenie tkanek oczodołu leczone zachowawczo	870 zł	1 740 zł	2 640 zł
33	5 lat ³	Krwawienie do przedniej komory oka (z wyłączeniem krwawienia spowodowanego urazem) leczone zachowawczo	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
34	5 lat ¹	Zaburzenia nerwu wzrokowego lub uszkodzenie drogi wzrokowej (z wyłączeniem leczenia skutków urazu oka) leczone zachowawczo	1 040 zł	2 090 zł	3 160 zł
35	5 lat ³	Choroba ciała szklanego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	3 020 zł	6 030 zł	9 060 zł
36	5 lat ³	Zaćma leczona operacyjnie metodą wszczepienia sztucznej soczewki	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
37	5 lat ³	Półpasiec oczny, wrzód rogówki, zapalenie rogówki lub twardówki leczone zachowawczo	870 zł	1 740 zł	2 640 zł
38	5 lat ³	Zapalenie błony naczyniowej oka leczone zachowawczo lub metodami laserowymi	870 zł	1 740 zł	2 640 zł
39	5 lat ¹	Choroba rogówki lub twardówki leczona zabiegowo (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	1 030 zł	2 040 zł	3 100 zł
40	5 lat ¹	Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
41	5 lat ¹	Choroba siatkówki leczona zachowawczo lub metodą iniekcji doszklistkowej (z wyłączeniem zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki lub światła żyły środkowej siatkówki)	740 zł	1 490 zł	2 260 zł
42	5 lat ¹	Zamknięcie światła żyły środkowej lub tętnicy środkowej siatkówki leczone zachowawczo	1 040 zł	2 090 zł	3 160 zł
43	5 lat ¹	Choroba siatkówki (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki) leczona operacyjnie (z wyłączeniem metody iniekcji doszklistkowej)	1 730 zł	3 490 zł	5 260 zł
44	5 lat ¹	Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie	1 160 zł	2 300 zł	3 490 zł
45	5 lat ³	Jaskra leczona zachowawczo lub metodami laserowymi	790 zł	1 580 zł	2 390 zł
46	5 lat ³	Jaskra leczona operacyjnie	1 030 zł	2 040 zł	3 100 zł
47	5 lat ¹	Choroba dróg odprowadzających tży leczona operacyjnie	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
48	5 lat ³	Choroba powieki (z wyłączeniem nowotworu skóry powieki lub zmian zwyrodnieniowych spojówek) leczona operacyjnie	260 zł	510 zł	770 zł
49	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie	390 zł	770 zł	1 160 zł
50	5 lat ³	Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie	740 zł	1 490 zł	2 260 zł
51	5 lat ³	Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie	1 610 zł	3 230 zł	4 850 zł
52	5 lat ³	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczone zachowawczo	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
53	5 lat ³	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej)	1 860 zł	3 720 zł	5 660 zł
54	5 lat ³	Nowotwór złośliwy gałki ocznej i oczodołu leczony operacyjnie z usunięciem gałki ocznej	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
OTOLARYNGOLOGIA					
55	5 lat ¹	Krwawienie z nosa (z wyłączeniem urazu nosa) leczone zachowawczo	260 zł	510 zł	770 zł
56	5 lat ¹	Krwawienie z nosa (z wyłączeniem polipa i urazu nosa) leczone metodą zabiegową	420 zł	850 zł	1 290 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
57	5 lat ¹	Przerost małżowin nosa lub skrzywienie przegrody nosa (z wyłączeniem urazu nosa) leczone operacyjnie	420 zł	850 zł	1 290 zł
58	5 lat ¹	Przerost lub zapalenie migdałków podniebiennych lub migdałka gardłowego leczone operacyjnie	740 zł	1 490 zł	2 260 zł
59	5 lat ¹	Zaburzenia równowagi pochodzenia błędnikowego leczone zachowawczo	540 zł	1 080 zł	1 630 zł
60	5 lat ³	Zapalenie ucha środkowego leczone zachowawczo	670 zł	1 360 zł	2 070 zł
61	5 lat ³	Zapalenie ucha środkowego leczone drenażem jamy bębnekowej	670 zł	1 360 zł	2 070 zł
62	5 lat ³	Zapalenie ucha środkowego z uszkodzeniem kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	1 880 zł	3 780 zł	5 690 zł
63	5 lat ³	Otoskleroza, perlak lub zapalenie ucha środkowego bez uszkodzenia kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	970 zł	1 960 zł	2 950 zł
64	5 lat ¹	Choroba ucha wewnętrznego leczona zachowawczo	870 zł	1 740 zł	2 640 zł
65	5 lat ³	Choroba ucha wewnętrznego leczona operacyjnie	1 200 zł	2 390 zł	3 620 zł
66	5 lat ¹	Choroba jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej lub ślinianki) leczona zachowawczo	600 zł	1 200 zł	1 810 zł
67	5 lat ¹	Choroba jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej lub chorób ślinianki) leczona operacyjnie	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
68	5 lat ³	Choroba ślinianki (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczona operacyjnie (z wyłączeniem całkowitego usunięcia ślinianki)	920 zł	1 840 zł	2 780 zł
69	5 lat ³	Choroba ślinianki (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczona operacyjnie z całkowitym usunięciem ślinianki	1 290 zł	2 590 zł	3 880 zł
70	5 lat ³	Nowotwór złośliwy ślinianki leczony operacyjnie	2 030 zł	4 060 zł	6 130 zł
71	5 lat ¹	Choroba gardła lub krtani (z wyłączeniem choroby migdałka lub nowotworu złośliwego gardła lub krtani) leczona zachowawczo	600 zł	1 200 zł	1 810 zł
72	5 lat ¹	Choroba gardła (z wyłączeniem nowotworu złośliwego gardła, przerostu lub zapalenia migdałków podniebiennych lub migdałka gardłowego) leczona operacyjnie	1 490 zł	2 990 zł	4 530 zł
73	5 lat ¹	Choroba krtani (z wyłączeniem nowotworu złośliwego krtani) leczona operacyjnie	1 820 zł	3 630 zł	5 490 zł
74	5 lat ¹	Polip nosa, nowotwór łagodny nosa, zapalenie lub nowotwór łagodny zatok przynosowych leczone operacyjnie	970 zł	1 960 zł	2 950 zł
75	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych leczony operacyjnie	2 030 zł	4 060 zł	6 130 zł
76	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony zachowawczo	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
77	5 lat ¹	Nowotwór łagodny jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu ślinianki) leczony operacyjnie	1 160 zł	2 320 zł	3 510 zł
78	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczony operacyjnie	2 030 zł	4 060 zł	6 130 zł
79	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jamy nosowej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego zatok) leczony operacyjnie	2 190 zł	4 400 zł	6 660 zł
80	5 lat ¹	Nowotwór lub choroba zapalna wyrostka sutkowatego kości skroniowej leczone operacyjnie	1 510 zł	3 020 zł	4 570 zł
81	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy gardła leczony zachowawczo	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
82	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy gardła leczony operacyjnie	2 990 zł	5 970 zł	9 060 zł
83	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy krtani leczony zachowawczo	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
84	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy krtani leczony operacyjnie	4 610 zł	9 220 zł	13 970 zł
UKŁAD ODDECHOWY					
85	5 lat ¹	Zapalenie oskrzeli leczone zachowawczo	600 zł	1 200 zł	1 810 zł
86	5 lat ¹	Zapalenie płuc lub zapalenie opłucnej leczone zachowawczo, w tym zabiegiem torakocentezy	1 030 zł	2 040 zł	3 100 zł
87	5 lat ¹	Choroba dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania bronchoskopii, ale niewymagająca wykonania diagnostyki inwazyjnej (torakoskopii, mediastinoskopii lub innych metod inwazyjnej diagnostyki), o ile w trakcie hospitalizacji nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	390 zł	770 zł	1 160 zł
88	5 lat ¹	Choroba dróg oddechowych diagnozowana z zastosowaniem diagnostyki inwazyjnej: torakoskopii, mediastinoskopii lub innych metod inwazyjnej diagnostyki (z wyłączeniem choroby dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania wyłącznie bronchoskopii), o ile w trakcie hospitalizacji nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	970 zł	1 960 zł	2 950 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
89	5 lat ¹	Astma oskrzelowa leczona zachowawczo	1 030 zł	2 040 zł	3 100 zł
90	5 lat ¹	Przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona zachowawczo	1 030 zł	2 040 zł	3 100 zł
91	5 lat ¹	Rozedma płuc leczona operacyjnie	1 250 zł	2 510 zł	3 810 zł
92	5 lat ¹	Guz śródpiersia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego) leczony operacyjnie	1 210 zł	2 410 zł	3 660 zł
93	5 lat ¹	Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł
94	5 lat ¹	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie	2 550 zł	5 110 zł	7 770 zł
95	5 lat ¹	Odma opłucnej (z wyłączeniem odmy pourazowej) leczona zachowawczo	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
96	5 lat ¹	Odma opłucnej leczona drenażem ssącym opłucnowym lub płyn w jamie opłucnej leczony drenażem chirurgicznym jamy opłucnej (z wyłączeniem ropniaka opłucnej, zapalenia opłucnej, odmy pourazowej lub wysięku pourazowego)	1 250 zł	2 510 zł	3 810 zł
97	5 lat ¹	Odma opłucnej (z wyłączeniem odmy pourazowej) leczona operacyjnie	2 550 zł	5 110 zł	7 770 zł
98	5 lat ¹	Ropniak jamy opłucnej leczony drenażem lub metodą nakłuć opłucnej	1 340 zł	2 680 zł	4 070 zł
99	5 lat ¹	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie	2 550 zł	5 110 zł	7 770 zł
100	5 lat ¹	Ropień płuca leczony operacyjnie	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
101	5 lat ¹	Wysięk opłucnowy (z wyłączeniem wysięków zapalnych lub pourazowych) leczony zachowawczo	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
102	5 lat ¹	Włóknienie płuc lub choroba śródmiąższowa płuc (z wyłączeniem sarkoidozy płuc) leczone zachowawczo	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł
103	5 lat ¹	Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
104	5 lat ¹	Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo	960 zł	1 920 zł	2 900 zł
105	5 lat ¹	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
106	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo	2 350 zł	4 690 zł	7 120 zł
107	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4 690 zł	9 380 zł	14 240 zł
108	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	7 120 zł	14 210 zł	21 550 zł
109	5 lat ¹	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej (z wyłączeniem nowotworów skóry) leczony zachowawczo	960 zł	1 920 zł	2 900 zł
110	5 lat ¹	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej (z wyłączeniem nowotworów skóry) leczony operacyjnie	1 620 zł	3 240 zł	4 910 zł
111	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
112	5 lat ¹	Ostra niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem respiratora	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
113	5 lat ¹	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	21 360 zł	42 730 zł	64 740 zł
UKŁAD KRAŻENIA					
114	5 lat ¹	Choroba serca i układu krążenia diagnozowana z zastosowaniem diagnostyki inwazyjnej (koronarografii lub innej angiografii wykonanych z wprowadzeniem cewnika do jam serca lub światła naczyni oraz z podaniem kontrastu)	420 zł	850 zł	1 290 zł
115	5 lat ³	Żylaki kończyny dolnej leczone operacyjnie lub zabiegowo	800 zł	1 620 zł	2 450 zł
116	5 lat ¹	Zator tętnicy płucnej leczony zachowawczo (z wyłączeniem wrodzonych zaburzeń krzepnięcia)	3 430 zł	6 870 zł	10 410 zł
117	5 lat ¹	Nadciśnienie tętnicze leczone zachowawczo	420 zł	850 zł	1 290 zł
118	5 lat ¹	Zapalenie osierdzia leczone zachowawczo	1 960 zł	3 930 zł	5 950 zł
119	5 lat ¹	Zapalenie mięśnia serca lub wsierdzia leczone zachowawczo	4 670 zł	9 330 zł	14 150 zł
120	5 lat ¹	Choroba niedokrwienna serca (z wyłączeniem ciężkiej niewydolności serca w klasie III lub IV NHA) leczona zachowawczo (z wyłączeniem inwazyjnych metod leczenia w tym angioplastyki, angioplastyki z implantacją stentu/stentów, pomostowania aortalno-wieńcowego)	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
121	5 lat ¹	Ostry zespół wieńcowy leczony wyłącznie zachowawczo bez stosowania angioplastyki	2 450 zł	4 910 zł	7 440 zł
122	5 lat / 18 mies. ²	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową bez zastosowania stentu	2 400 zł	4 830 zł	7 300 zł
123	5 lat / 18 mies. ²	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z użyciem stentu	5 110 zł	10 240 zł	15 480 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
124	5 lat / 18 mies. ²	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	9 430 zł	18 860 zł	28 570 zł
125	5 lat ¹	Migotanie lub trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo, w tym metodą kardiowersji	800 zł	1 610 zł	2 450 zł
126	5 lat ¹	Zaburzenia rytmu serca (z wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	1 080 zł	2 160 zł	3 250 zł
127	5 lat ¹	Zaburzenia rytmu serca leczone metodą ablacji przeskórnej	4 450 zł	8 920 zł	13 390 zł
128	5 lat ¹	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca lub operacją implantacji automatycznego kardiowertera-defibrylatora lub kardiowertera-defibrylatora z funkcją resynchronizacji	6 380 zł	12 770 zł	19 350 zł
129	5 lat ¹	Operacja wymiany stymulatora lub innego implantowanego urządzenia służącego do elektrote-rapii serca	5 540 zł	11 100 zł	16 830 zł
130	5 lat ¹	Ciężka niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA) leczona zachowawczo	3 710 zł	7 440 zł	11 160 zł
131	5 lat ¹	Choroba naczyń obwodowych - zakrzepica lub niedrożność (z wyłączeniem zatorowości płucnej, chorób tętnic mózgowych, wieńcowych, chorób żył powierzchownych lub niezakrzepowego zapalenia naczyń) leczona zachowawczo	1 510 zł	3 040 zł	4 610 zł
132	5 lat / 18 mies. ²	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią	5 320 zł	10 610 zł	16 070 zł
133	5 lat / 18 mies. ²	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem	3 890 zł	7 780 zł	11 790 zł
134	5 lat ¹	Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony technikami wewnątrznacyniowymi lub radiologii interwencyjnej	5 110 zł	10 240 zł	15 480 zł
135	5 lat ¹	Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętniaków leczonych technikami wewnątrznacyniowymi lub radiologii interwencyjnej)	12 190 zł	24 370 zł	36 920 zł
136	5 lat / 18 mies. ²	Niedrożność lub zwężenie naczyń (z wyłączeniem tętnicy szyjnej lub tętnicy wieńcowej) spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przezskórnąastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu	3 550 zł	7 090 zł	10 740 zł
137	5 lat / 18 mies. ²	Niedrożność lub zwężenie naczyń (z wyłączeniem tętnicy szyjnej lub tętnicy wieńcowej) spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy (z wyłączeniem metod wewnątrznacyniowych)	4 420 zł	8 840 zł	13 390 zł
138	5 lat ¹	Tętniak aorty leczony metodą wewnątrznacyniową (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy nacyniowej)	7 610 zł	15 220 zł	23 080 zł
139	5 lat ¹	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy nacyniowej	7 350 zł	14 730 zł	22 320 zł
140	5 lat ¹	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy nacyniowej lub przezskórnejastyki wewnątrznacyniowej z zastosowaniem stentu)	9 650 zł	19 320 zł	29 260 zł
141	5 lat ¹	Tętniak naczynia tętniczego (z wyłączeniem aorty) leczony przy użyciu metod wewnątrznacyniowych	4 830 zł	9 620 zł	14 570 zł
142	5 lat ¹	Tętniak naczynia tętniczego (z wyłączeniem aorty) leczony operacyjnie (z wyłączeniem metod wewnątrznacyniowych)	4 910 zł	9 810 zł	14 880 zł
143	5 lat / 18 mies. ²	Wada zastawkowa serca leczona zabiegowo metodami endowaskularnymi	4 780 zł	9 580 zł	14 370 zł
144	5 lat / 18 mies. ²	Wada zastawkowa serca leczona operacyjnie (z wyłączeniem metod endowaskularnych lub ope-racji wymiany zastawki)	7 120 zł	14 210 zł	21 550 zł
145	5 lat / 18 mies. ²	Wada zastawkowa serca leczona operacyjną wymianą zastawki serca	10 300 zł	20 630 zł	31 250 zł
146	5 lat ¹	Niewydolność serca leczona operacyjnie przeszczepem serca	21 360 zł	42 730 zł	64 740 zł
UKŁAD POKARMOWY					
147	5 lat ¹	Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodu pokarmowego w trakcie diagnostyki, o ile nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia związanego z tymi dolegliwościami	420 zł	850 zł	1 290 zł
148	5 lat ¹	Zapalenie przełyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	920 zł	1 840 zł	2 780 zł
149	5 lat ¹	Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo	830 zł	1 660 zł	2 510 zł
150	5 lat ¹	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	610 zł	1 230 zł	1 860 zł
151	5 lat ¹	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczona operacyjnie	2 250 zł	4 480 zł	6 780 zł
152	5 lat ¹	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową	1 830 zł	3 670 zł	5 560 zł
153	5 lat ¹	Żylaki przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	1 000 zł	2 010 zł	3 030 zł
154	5 lat ¹	Żylaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie (z wyłączeniem metody endoskopowej)	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
155	5 lat ¹	Zapalenie wyrostka robaczkowego (z wyłączeniem zapalenia wyrostka robaczkowego powikłanego rozlanym zapaleniem otrzewnej) leczone operacyjnie	920 zł	1 840 zł	2 780 zł
156	5 lat ¹	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	1 480 zł	2 950 zł	4 470 zł
157	5 lat ³	Przepuklina pachwinowa, mosznowa lub udowa leczona operacyjnie	780 zł	1 570 zł	2 380 zł
158	5 lat ¹	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie	1 080 zł	2 150 zł	3 250 zł
159	5 lat ¹	Przepuklina brzuszna, w tym przepuklina w bliżniej pooperacyjnej (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej) leczona operacyjnie	1 010 zł	2 030 zł	3 070 zł
160	5 lat ¹	Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
161	5 lat ¹	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie lub zabiegowo	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
162	5 lat ¹	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	660 zł	1 330 zł	2 000 zł
163	5 lat ¹	Choroba jelita grubego (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub nowotworu złośliwego jelita grubego) leczona operacyjnie	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
164	5 lat ¹	Przewlekła choroba zapalna jelita (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego) leczona zachowawczo	1 250 zł	2 530 zł	3 800 zł
165	5 lat ¹	Ostre zapalenie żołądkowo-jelitowe leczone zachowawczo	640 zł	1 290 zł	1 940 zł
166	5 lat ¹	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
167	5 lat ¹	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	3 670 zł	7 340 zł	11 130 zł
168	5 lat ¹	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	5 110 zł	10 250 zł	15 540 zł
169	5 lat ¹	Niedrożność jelit leczona zachowawczo	1 490 zł	2 990 zł	4 530 zł
170	5 lat ¹	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
171	5 lat ¹	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
172	5 lat ¹	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie	2 770 zł	5 540 zł	8 410 zł
173	5 lat ¹	Choroba jelita cienkiego (z wyłączeniem niedrożności lub martwicy jelit, ostrego niedokrwienia jelit, zrostów jelitowych, a także ich powikłań) leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
174	5 lat ¹	Choroba jelita cienkiego (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit, zrostów jelitowych, a także ich powikłań) leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii	4 590 zł	9 160 zł	13 890 zł
175	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego lub przestrzeni zaotrzewnowej leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła lub nowotworu złośliwego żołądka leczonego z wykonaniem endoskopii)	2 550 zł	5 110 zł	7 770 zł
176	5 lat ¹	Zwężenie przełyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
177	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie	3 380 zł	6 760 zł	10 250 zł
178	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii	3 080 zł	6 160 zł	9 340 zł
179	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie	5 110 zł	10 250 zł	15 540 zł
180	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej leczony operacyjnie	3 670 zł	7 340 zł	11 130 zł
181	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jelita grubego (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbytwowego) leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
182	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jelita grubego (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbytwowego) leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii	4 590 zł	9 160 zł	13 890 zł
183	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy odbytniczno-odbytowy leczony operacyjnie	3 670 zł	7 340 zł	11 130 zł
184	5 lat ¹	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo	1 160 zł	2 320 zł	3 490 zł
185	5 lat ¹	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych (z wyłączeniem nowotworu) leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW	1 120 zł	2 260 zł	3 420 zł
186	5 lat ¹	Kamica, polip pęcherzyka żółciowego lub kamica przewodowa leczone operacyjnie	1 420 zł	2 850 zł	4 270 zł
187	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony zachowawczo	2 550 zł	5 110 zł	7 770 zł
188	5 lat ¹	Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo	2 010 zł	4 030 zł	6 100 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
189	5 lat ¹	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4 780 zł	9 580 zł	14 500 zł
190	5 lat ¹	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	7 120 zł	14 210 zł	21 550 zł
191	5 lat ¹	Choroba wątroby (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby lub niewydolności wątroby) leczona zachowawczo	1 200 zł	2 390 zł	3 620 zł
192	5 lat ¹	Niewydolność lub marskość wątroby (z wyłączeniem marskości alkoholowej) leczona zachowawczo	2 390 zł	4 780 zł	7 240 zł
193	5 lat ¹	Ropień wątroby leczony operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
194	5 lat ¹	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie	3 560 zł	7 140 zł	10 800 zł
195	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
196	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie	5 970 zł	11 950 zł	18 130 zł
197	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo	4 480 zł	8 970 zł	13 590 zł
198	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	3 080 zł	6 160 zł	9 340 zł
199	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie	6 830 zł	13 660 zł	20 720 zł
200	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
201	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo	3 200 zł	6 400 zł	9 700 zł
202	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie	5 770 zł	11 530 zł	17 470 zł
203	5 lat ¹	Niewydolność wątroby (z wyłączeniem alkoholowej marskości wątroby) leczona operacyjnie przeszczepem wątroby	21 360 zł	42 730 zł	64 740 zł
UKŁAD RUCHU					
204	–	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	670 zł	1 360 zł	2 070 zł
205	–	Złamanie kości ręki leczone operacyjnie	980 zł	1 980 zł	3 000 zł
206	–	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki (z wyłączeniem stawu promieniowo-nadgarstkowego lub kości nadgarstka) leczone operacyjnie	980 zł	1 980 zł	3 000 zł
207	–	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego lub złamanie kości nadgarstka leczone operacyjnie	980 zł	1 980 zł	3 000 zł
208	–	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone zachowawczo	670 zł	1 360 zł	2 070 zł
209	–	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	910 zł	1 830 zł	2 770 zł
210	–	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	1 220 zł	2 430 zł	3 690 zł
211	–	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone zachowawczo	470 zł	950 zł	1 440 zł
212	–	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	1 620 zł	3 240 zł	4 890 zł
213	–	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	2 390 zł	4 760 zł	7 210 zł
214	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką częściową	4 750 zł	9 500 zł	14 400 zł
215	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	6 830 zł	13 660 zł	20 720 zł
216	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴	4 750 zł	9 500 zł	14 400 zł
217	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴	6 830 zł	13 660 zł	20 720 zł
218	–	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki lub artroskopii leczniczej)	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
219	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką częściową	4 150 zł	8 300 zł	12 570 zł
220	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	5 970 zł	11 950 zł	18 130 zł
221	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki lub artroskopii leczniczej)	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
222	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴	4 150 zł	8 300 zł	12 570 zł
223	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴	5 970 zł	11 950 zł	18 130 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
224	–	Złamanie kości obręczy kończyny górnej (obojczyk, łopatką) leczone zachowawczo	600 zł	1 200 zł	1 810 zł
225	–	Złamanie kości obręczy kończyny górnej (obojczyk, łopatką) leczone operacyjnie	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
226	–	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	2 770 zł	5 540 zł	8 410 zł
227	–	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem artroskopii leczniczej i endoprotezoplastyki)	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
228	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
229	–	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	10 980 zł
230	–	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczona operacyjnie	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
231	–	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczona operacyjnie	1 030 zł	2 070 zł	3 100 zł
232	–	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczona operacyjnie	2 800 zł	5 630 zł	8 540 zł
233	–	Złamanie kości stopy leczone zachowawczo	670 zł	1 360 zł	2 070 zł
234	–	Urazowe uszkodzenie struktur kostnych stopy leczone operacyjnie	1 200 zł	2 400 zł	3 630 zł
235	5 lat ³	Nabyte zniekształcenie koślawe palucha leczone operacyjnie	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
236	5 lat ³	Nabyte zniekształcenie palców stopy (z wyłączeniem zniekształcenia koślawego palucha) leczone operacyjnie	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
237	–	Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni (z wyłączeniem złamania wielomiejscowego kości kończyny dolnej z jednoczesnym uszkodzeniem struktur stawowych) leczone operacyjnie	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł
238	–	Złamanie trzonu kości podudzia lub kostek goleni leczone zachowawczo	470 zł	950 zł	1 440 zł
239	–	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	1 620 zł	3 240 zł	4 890 zł
240	–	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	2 390 zł	4 760 zł	7 210 zł
241	–	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone zachowawczo	1 660 zł	3 330 zł	5 040 zł
242	–	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie	3 200 zł	6 410 zł	9 700 zł
243	–	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z jednoczesnym uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	4 270 zł	8 540 zł	12 950 zł
244	–	Złamanie kości obu kończyn dolnych z przemieszczeniem leczone operacyjnie	9 380 zł	18 790 zł	28 480 zł
245	–	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie	3 200 zł	6 400 zł	9 700 zł
246	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką częściową	4 480 zł	8 970 zł	13 590 zł
247	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	6 400 zł	12 810 zł	19 420 zł
248	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
249	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴	4 480 zł	8 970 zł	13 590 zł
250	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴	6 400 zł	12 810 zł	19 420 zł
251	–	Złamanie kości stawu kolanowego leczone zachowawczo	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
252	–	Złamanie kości biodrowej (w tym kości miednicy) leczone zachowawczo	1 120 zł	2 260 zł	3 410 zł
253	–	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	4 020 zł	8 040 zł	12 170 zł
254	–	Urazowe zwinięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	940 zł	1 880 zł	2 850 zł
255	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
256	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	5 540 zł	11 100 zł	16 830 zł
257	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
258	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴	5 540 zł	11 100 zł	16 830 zł
259	–	Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
260	–	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	940 zł	1 880 zł	2 850 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
261	5 lat ¹	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone zachowawczo (z wyłączeniem stawu biodrowego)	670 zł	1 360 zł	2 070 zł
262	5 lat ¹	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodami zabiegowymi: ostrzykiwanie, leczenie z zastosowaniem komórek macierzystych, osocza	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
263	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej (z wyłączeniem artroskopii diagnostycznej lub artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących)	900 zł	1 790 zł	2 720 zł
264	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących	1 420 zł	2 850 zł	4 300 zł
265	–	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	1 360 zł	2 740 zł	4 140 zł
266	–	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem usunięcia materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej)	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł
267	–	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra lub uda leczona operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	10 980 zł
268	–	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczona operacyjnie	2 800 zł	5 630 zł	8 540 zł
269	–	Amputacja urazowa stopy lub palców stopy	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
270	5 lat ¹	Amputacja całej kończyny dolnej z przyczyn chorobowych	4 750 zł	9 500 zł	14 400 zł
271	5 lat ¹	Amputacja kończyny dolnej z przyczyn chorobowych na wysokości podudzia	2 390 zł	4 760 zł	7 210 zł
272	5 lat ¹	Amputacja kończyny dolnej z przyczyn chorobowych na wysokości stawu skokowego	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
273	5 lat ¹	Amputacja części stopy lub palców stopy z przyczyn chorobowych	940 zł	1 880 zł	2 850 zł
274	5 lat ³	Zakażenie tkanek miękkich w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	2 770 zł	5 540 zł	8 390 zł
275	–	Złamanie kości kręgosłupa (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa w przebiegu choroby nowotworowej) leczone zachowawczo	1 820 zł	3 630 zł	5 490 zł
276	–	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
277	–	Uraz kręgosłupa (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa lub złamania kości obręczy kończyny dolnej) leczony zachowawczo	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
278	5 lat ¹	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
279	5 lat ¹	Dyskopatia kręgosłupa z zespołem neurologicznym leczona operacyjnie (z wyłączeniem małoinwazyjnych metod zabiegowych)	1 550 zł	3 100 zł	4 650 zł
280	5 lat ¹	Dyskopatia kręgosłupa z zespołem neurologicznym leczona zachowawczo lub małoinwazyjnymi metodami zabiegowymi	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
281	5 lat ¹	Skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	9 740 zł	19 470 zł	29 510 zł
282	5 lat ¹	Osteoporoza bez złamań osteoporotycznych leczona zachowawczo	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
283	5 lat ¹	Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgów)	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
284	5 lat ¹	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	2 260 zł	4 500 zł	6 830 zł
285	5 lat ¹	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	4 060 zł	8 100 zł	12 290 zł
286	5 lat ¹	Zakażenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu (z wyłączeniem boreliozy) leczone zachowawczo	1 970 zł	3 940 zł	5 970 zł
287	5 lat ¹	Zapalenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu (z wyłączeniem boreliozy, zakażenia stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu lub zapalenia stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej) leczone zachowawczo	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
288	5 lat ¹	Jąłowa martwica kości leczona zachowawczo	1 620 zł	3 240 zł	4 910 zł
289	5 lat ³	Jąłowa martwica kości leczona operacyjnie	2 350 zł	4 690 zł	7 120 zł
290	5 lat ¹	Choroba układu mięśniowego (z wyłączeniem choroby mięśnia obręczy kończyny dolnej) leczona zachowawczo	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
291	5 lat ¹	Choroba układu mięśniowego leczona operacyjnie	900 zł	1 790 zł	2 720 zł
292	–	Urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	1 390 zł	2 800 zł	4 270 zł
293	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej (z wyłączeniem kości kręgosłupa) leczony zachowawczo	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
294	5 lat ¹	Nowotwór łagodny tkanki kostnej leczony operacyjnie	670 zł	1 360 zł	2 070 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
295	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony zachowawczo	2 010 zł	4 020 zł	6 080 zł
296	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony operacyjnie	4 530 zł	9 030 zł	13 700 zł
297	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej (z wyłączeniem kości kręgosłupa) leczony operacyjnie	2 350 zł	4 690 zł	7 120 zł
SKÓRA					
298	5 lat ¹	Nowotwór łagodny skóry (z wyłączeniem nowotworu sutka, nowotworu powieki, torbieli włosowej lub znamion barwnikowych) leczony operacyjnie	610 zł	1 230 zł	1 850 zł
299	5 lat ¹	Choroba alergiczna skóry leczona zachowawczo	510 zł	1 030 zł	1 550 zł
300	5 lat ¹	Choroba ropna skóry, choroba pęcherzowa skóry (z wyłączeniem chorób zakaźnych) leczone zachowawczo	950 zł	1 900 zł	2 890 zł
301	5 lat ¹	Choroba ropna skóry, owrzodzenie skóry lub martwica skóry (z wyłączeniem martwicy będącej skutkiem urazu) leczone zabiegowo (z wyłączeniem przeszczepu skóry)	1 120 zł	2 260 zł	3 410 zł
302	5 lat ³	Owrzodzenie podudzi leczone operacyjnie przeszczepem skóry	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
303	5 lat ¹	Toczeń skórny, rumień guzowaty (z wyłączeniem rumienia guzowatego towarzyszącego sarkoidozie lub chorobom zapalnym jelit) leczony zachowawczo	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
304	5 lat ¹	Łuszczyca skóry lub choroba wynikająca z nadmiernego rogowacenia skóry (z wyłączeniem łuszczycy stawowej) leczona zachowawczo	1 690 zł	3 370 zł	5 100 zł
305	5 lat ¹	Liszaj płaski leczony zachowawczo	640 zł	1 260 zł	1 940 zł
306	5 lat ¹	Martwicze zapalenie skóry leczone zachowawczo	1 460 zł	2 900 zł	4 400 zł
307	5 lat ¹	Torbiel włosowa leczona operacyjnie	660 zł	1 330 zł	2 010 zł
308	5 lat ³	Choroba sutka diagnozowana z zastosowaniem biopsji gruboigłowej lub chirurgicznej	390 zł	770 zł	1 160 zł
309	5 lat ³	Choroba sutka (z wyłączeniem nowotworu sutka lub rekonstrukcji sutka po uprzednim operacyjnym leczeniu nowotworu sutka) leczona operacyjnie	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
310	5 lat ³	Nowotwór łagodny sutka leczony operacyjnie	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
311	5 lat ³	Nowotwór złośliwy sutka leczony zachowawczo	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
312	5 lat ³	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych lub z procedurą węzła wartowniczego	1 610 zł	3 230 zł	4 850 zł
313	5 lat ³	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych (z wyłączeniem nowotworu złośliwego sutka lezonego operacyjnie z zastosowaniem jedynie procedury węzła wartowniczego)	3 200 zł	6 400 zł	9 700 zł
314	5 lat ¹	Przerzuty raka sutka do węzłów chłonnych leczone operacyjnie	1 610 zł	3 230 zł	4 850 zł
315	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy skóry tułowia, głowy (z wyłączeniem nowotworu złośliwego skóry twarzy lub szyi) leczony operacyjnie	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
316	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy skóry twarzy lub szyi leczony operacyjnie	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
317	5 lat ³	Nowotwór złośliwy skóry kończyny górnej leczony operacyjnie	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
318	5 lat ³	Nowotwór złośliwy skóry kończyny dolnej leczony operacyjnie	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
ENDOKRYNOLOGIA					
319	5 lat ¹	Cukrzyca leczona zachowawczo	1 460 zł	2 900 zł	4 400 zł
320	5 lat ¹	Śpiączka cukrzycowa leczona zachowawczo	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
321	5 lat ¹	Choroba narządu układu wydzielania wewnętrznego (z wyłączeniem cukrzycy, śpiączki cukrzycowej, nowotworu przysadki mózgowej lub nowotworu złośliwego tarczycy) leczona zachowawczo	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
322	5 lat ¹	Choroba tarczycy (z wyłączeniem nowotworu złośliwego) leczona operacyjnie	1 580 zł	3 180 zł	4 760 zł
323	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy tarczycy leczony operacyjnie	2 270 zł	4 550 zł	6 880 zł
324	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy tarczycy leczony zachowawczo	1 960 zł	3 930 zł	5 900 zł
325	5 lat ¹	Choroba przytarczyc leczona operacyjnie	2 730 zł	5 450 zł	8 240 zł
326	5 lat ¹	Choroba przysadki mózgowej leczona operacyjnie	4 910 zł	9 810 zł	14 880 zł
327	5 lat ³	Choroba nadnerczy leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	2 610 zł	5 210 zł	7 900 zł
328	5 lat ³	Nowotwór złośliwy nadnercza leczony operacyjnie	3 160 zł	6 310 zł	9 580 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
UKŁAD MOCZOWY					
329	5 lat ¹	Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki, o ile nie posta-wiono ostatecznego rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	510 zł	1 030 zł	1 550 zł
330	5 lat ¹	Zakażenie układu moczowego (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego) lub kolka nerkowa le-czone zachowawczo	550 zł	1 100 zł	1 680 zł
331	5 lat ¹	Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL	660 zł	1 330 zł	2 000 zł
332	5 lat ¹	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL)	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
333	5 lat ¹	Choroby zapalne nerek (z wyłączeniem zakażenia układu moczowego, zapalenia cewki moczow-wej lub pęcherza moczowego) leczone zachowawczo	660 zł	1 330 zł	2 000 zł
334	5 lat ¹	Choroba układu moczowego leczona metodami endoskopii przezcewkowej	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł
335	5 lat ¹	Choroba pęcherza moczowego leczona operacyjnie z zastosowaniem urostomii	2 350 zł	4 690 zł	7 120 zł
336	5 lat ¹	Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo	1 620 zł	3 240 zł	4 910 zł
337	5 lat ¹	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	2 610 zł	5 210 zł	7 900 zł
338	5 lat ¹	Choroba układu moczowego leczona operacyjnie z zastosowaniem urostomii (z wyłączeniem cho-rob pęcherza moczowego leczonej operacyjnie z zastosowaniem urostomii)	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
339	5 lat ¹	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, przetok lub gruźlicy układu moczowego) leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia z zastoso-waniem urostomii lub kamicy układu moczowego leczonej z użyciem ESWL lub chorób układu mo-czowego leczonych metodami endoskopii przezcewkowej)	3 020 zł	6 050 zł	9 160 zł
340	5 lat ¹	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie lub zabiegowo	1 630 zł	3 270 zł	4 960 zł
341	5 lat ¹	Nietrzymanie moczu (z wyłączeniem nietrzymania moczu w przebiegu wypadania narządu rod-nego) leczone metodami laserowymi	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł
342	5 lat ¹	Nietrzymanie moczu (z wyłączeniem nietrzymania moczu w przebiegu wypadania narządu rod-nego) leczone operacyjnie	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
343	5 lat ¹	Przetoki układu moczowego leczone operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
344	5 lat ¹	Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo	1 820 zł	3 630 zł	5 490 zł
345	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (z wyłączeniem nowotworu o dużym zaawansowaniu miejscowym) leczony operacyjnie	3 580 zł	7 180 zł	10 870 zł
346	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony opera-cyjnie wycięciem pęcherza moczowego wraz z nacieczonymi innymi częściami układu moczowe-go (nerki, moczowodu, cewki moczowej) lub narządów sąsiednich (z wyłączeniem węzłów chłonn-ych i przerzutów odległych)	5 800 zł	11 610 zł	17 600 zł
347	5 lat ³	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie	4 480 zł	8 970 zł	13 590 zł
348	5 lat ¹	Niewydolność nerek leczona operacyjnie przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8 540 zł	17 090 zł	25 890 zł
349	5 lat ¹	Niewydolność nerek leczona operacyjnie przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	10 250 zł	20 500 zł	31 070 zł
MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE					
350	5 lat ¹	Łagodny rozrost gruczołu krokowego diagnozowany z zastosowaniem biopsji	390 zł	770 zł	1 160 zł
351	5 lat ¹	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem przepukliny mosznowej, chorób przenoszo-nych drogą płciową, a także nowotworów) leczona zachowawczo	710 zł	1 390 zł	2 130 zł
352	5 lat ¹	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem choroby napletka, przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową lub nowotworów złośliwych) leczona operacyjnie z niepowi-łkanym przebiegiem leczenia	960 zł	1 920 zł	2 900 zł
353	5 lat ¹	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem choroby napletka, przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową lub nowotworów złośliwych) leczona operacyjnie z powikła-nym przebiegiem leczenia	1 220 zł	2 450 zł	3 690 zł
354	5 lat ¹	Choroba napletka leczona operacyjnie	390 zł	770 zł	1 160 zł
355	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy męskich narządów płciowych leczony zachowawczo	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
356	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	1 610 zł	3 230 zł	4 850 zł
357	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	2 800 zł	5 630 zł	8 540 zł
358	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	1 860 zł	3 720 zł	5 660 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
359	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	3 180 zł	6 370 zł	9 630 zł
360	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii częściowej	2 820 zł	5 660 zł	8 570 zł
361	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii radykalnej	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE					
362	5 lat ¹	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wytyżeczkowania leczniczego lub diagnostycznego macicy, biopsji macicy, histeroskopowego usunięcia polipa lub mięśniaka macicy	520 zł	1 070 zł	1 610 zł
363	5 lat ¹	Choroba żeńskich narządów płciowych (z wyłączeniem nowotworu jajnika, jajowodu lub macicy) leczona zachowawczo	800 zł	1 590 zł	2 420 zł
364	5 lat ¹	Choroba szyjki macicy leczona konizacją chirurgiczną/elektrokonizacją lub przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokautezy, krioterapii, laseroterapii	970 zł	1 950 zł	2 950 zł
365	5 lat ¹	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	800 zł	1 610 zł	2 420 zł
366	5 lat ¹	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych, niepłodności, a także z wyłączeniem chorób szyjki macicy leczonych konizacją chirurgiczną / elektrokonizacją lub przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokautezy, krioterapii, laseroterapii, lub histeroskopowego usunięcia polipa lub mięśniaka)	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
367	5 lat ¹	Obniżenie lub wypadanie żeńskich narządów płciowych lub wysiłkowe nietrzymanie moczu leczone operacyjnie	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
368	5 lat ¹	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	800 zł	1 620 zł	2 450 zł
369	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	2 030 zł	4 060 zł	6 140 zł
370	5 lat ³	Torbiel jajnika, nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepewnym przebiegiem leczenia	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
371	5 lat ³	Torbiel jajnika, nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z pewnym przebiegiem leczenia	2 040 zł	4 090 zł	6 210 zł
372	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	2 270 zł	4 540 zł	6 870 zł
373	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	2 990 zł	5 970 zł	9 060 zł
374	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy macicy, sromu lub pochwy leczony zachowawczo	1 590 zł	3 200 zł	4 850 zł
375	5 lat ¹	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie	1 720 zł	3 460 zł	5 230 zł
376	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	2 290 zł	4 590 zł	6 960 zł
377	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	2 650 zł	5 340 zł	8 080 zł
378	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	2 880 zł	5 770 zł	8 730 zł
379	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
HEMATOLOGIA					
380	5 lat ¹	Niedokrwistość leczona przetoczeniem krwi (z wyłączeniem leczenia związanego z porodem lub połogiem lub skutków leczenia operacyjnego, a także skutków leczenia urazu) lub zaburzenie hemostazy, skaza krwotoczna leczone zachowawczo (z wyłączeniem dziedzicznych zaburzeń krzepnięcia krwi, zakrzepicy i wtórnej małopłytkowości spowodowanej chorobą rozrostową układu krwiotwórczego lub będącej wynikiem chemio- i/lub radioterapii)	970 zł	1 950 zł	2 950 zł
381	5 lat ¹	Choroba hematologiczna leczona operacyjnie usunięciem śledziony	2 650 zł	5 340 zł	8 080 zł
382	5 lat ¹	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczony zachowawczo	3 530 zł	7 040 zł	10 670 zł
383	5 lat ¹	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczony autologicznym lub izogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku (w tym także komórek macierzystych wyizolowanych z krwi obwodowej)	14 950 zł	29 910 zł	45 310 zł
384	5 lat ¹	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczony allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku	17 090 zł	34 180 zł	51 790 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
TRAUMATOLOGIA					
385	-	Uraz wielonarządowy lub uraz wielomiejscowy narządu ruchu wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	2 400 zł	4 790 zł	7 280 zł
386	-	Złamania kości sklepienia lub podstawy czaszki (z wyłączeniem kości twarzoczaszki) leczone zachowawczo	770 zł	1 550 zł	2 320 zł
387	-	Złamania kości sklepienia lub podstawy czaszki (z wyłączeniem kości twarzoczaszki) leczone operacyjnie	1 860 zł	3 720 zł	5 660 zł
388	-	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy leczony zachowawczo	5 340 zł	10 670 zł	16 180 zł
389	-	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy leczony operacyjnie	6 400 zł	12 810 zł	19 420 zł
390	-	Uraz głowy ze wstrząśnięciem mózgu leczony zachowawczo	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
391	-	Uraz nosa lub ucha (z wyłączeniem złamania kości twarzoczaszki) leczony zachowawczo (w tym z zastosowaniem tamponady)	590 zł	1 200 zł	1 810 zł
392	-	Złamanie kości twarzoczaszki leczone zachowawczo	750 zł	1 510 zł	2 270 zł
393	-	Uraz nosa lub ucha (z wyłączeniem złamania kości twarzoczaszki) leczony operacyjnie	850 zł	1 710 zł	2 590 zł
394	-	Złamanie kości twarzoczaszki bez złamania oczodołu leczone operacyjnie	1 730 zł	3 470 zł	5 240 zł
395	-	Złamanie kości twarzoczaszki ze złamaniem oczodołu leczone operacyjnie	4 400 zł	8 800 zł	13 330 zł
396	-	Uraz oka lub otaczających je tkanek miękkich leczony zachowawczo	940 zł	1 860 zł	2 820 zł
397	-	Uraz oka lub otaczających je tkanek miękkich leczony operacyjnie	1 290 zł	2 590 zł	3 880 zł
398	-	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
399	-	Uraz gardła lub krtani leczony zachowawczo	640 zł	1 290 zł	1 940 zł
400	-	Uraz gardła lub krtani leczony operacyjnie	1 460 zł	2 890 zł	4 370 zł
401	-	Uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuca lub krwiakiem opłucnej albo odmą opłucnej ze złamaniem jednego lub więcej żeber leczony zachowawczo lub drenażem opłucnej	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
402	-	Uraz narządów klatki piersiowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem urazu klatki piersiowej leczonego wyłącznie drenażem chirurgicznym opłucnej)	2 560 zł	5 110 zł	7 770 zł
403	-	Uraz narządów jamy brzusznej lub układu moczowo-płciowego leczony zachowawczo	1 460 zł	2 890 zł	4 370 zł
404	-	Uraz narządów jamy brzusznej (z wyłączeniem urazu narządów układu moczowo-płciowego) leczony operacyjnie	2 400 zł	4 790 zł	7 280 zł
405	-	Uraz narządów układu moczowo-płciowego leczony operacyjnie	2 820 zł	5 660 zł	8 570 zł
406	-	Rana otwarta skóry zaopatrzona chirurgicznie	520 zł	1 070 zł	1 610 zł
407	-	Rozległe oparzenie skóry (obejmujące co najmniej 10% TBSA) leczone zachowawczo	1 460 zł	2 890 zł	4 370 zł
408	-	Rozległy ubytek lub martwica skóry kończyny górnej wywołane urazem leczone operacyjnie	2 850 zł	5 690 zł	8 600 zł
409	-	Rozległy ubytek lub martwica skóry kończyny dolnej wywołane urazem leczone operacyjnie	2 850 zł	5 690 zł	8 600 zł
410	-	Rozległy ubytek lub martwica skóry tułowia, szyi lub owłosionej skóry głowy wywołane urazem leczone operacyjnie	2 240 zł	4 450 zł	6 690 zł
411	-	Rozległy ubytek lub martwica skóry twarzy wywołane urazem leczone operacyjnie	5 950 zł	11 890 zł	18 010 zł
CHOROBY UKŁADOWE LUB OGÓLNOUSTROJOWE					
412	5 lat ¹	Reumatoidalne zapalenie stawów, toczень układowy, twardzina układowa, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, zapalenie naczyń z martwicą leczone zachowawczo	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
413	5 lat ¹	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia układowego, twardziny układowej, zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa, zapalenia naczyń z martwicą)	1 160 zł	2 300 zł	3 490 zł
414	5 lat ¹	Zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo z wyłączeniem zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczonego zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego	1 360 zł	2 740 zł	4 140 zł
415	5 lat ¹	Choroba infekcyjna ośrodkowego układu nerwowego (z wyłączeniem neuroboreliozy), zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
416	5 lat ¹	Choroba zakaźna leczona zachowawczo (z wyłączeniem zapalenia gardła, krtani, ucha lub tkanek oczodołu, półpaśca ocznego, chorób przenoszonych drogą płciową, zakażenia układu moczowego, układu kostnego, stawów lub tkanek okołostawowych, zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, choroby infekcyjnej ośrodkowego układu nerwowego leczonej zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego, zatrucia lub zakażenia pokarmowego lub chorób zapalnych płuc lub oskrzeli)	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
417	5 lat ¹	Wstrząs septyczny leczony zachowawczo	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
418	5 lat ¹	Otyłość leczona metodami endoskopowymi (z wyłączeniem leczenia zachowawczego, leczenia operacyjnego metodą otwartą, leczenia laparoskopowego lub liposukcji)	740 zł	1 490 zł	2 260 zł
419	5 lat ¹	Otyłość leczona operacyjnie metodą otwartą lub laparoskopowo	1 030 zł	2 070 zł	3 100 zł

Część II. Inne Postępowania Medyczne

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
420	5 lat ¹	Inne Postępowanie Medyczne	640 zł	1 290 zł	1 940 zł

Część III. Postępowania Medyczne SOR

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
421	12 miesięcy ¹	Postępowanie Medyczne SOR	130 zł	190 zł	260 zł

Część IV. Postępowania Medyczne Ambulatoryjne

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
422	12 miesięcy ¹	Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne	390 zł	770 zł	1 160 zł

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

Nr poz.	Okoliczności wypłaty	Poziom Świadczeń		
		I	II	III
423	Medyczne zalecenie poddania się chemio-, radio-, hormono- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym Głównym Postępowaniem Medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek	770 zł	1 550 zł	2 320 zł
424	Stacjonarne leczenie rehabilitacyjne w związku z zespołem ostrego niedokrwienia serca / zawałem serca / operacją serca / udarem mózgu, przeprowadzone w sanatorium / szpitalu uzdrowiskowym / stacjonarnym zakładzie rehabilitacji, w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia Pobytu w Szpitalu, podczas którego zastosowano Główne Postępowanie Medyczne w związku z powyższymi schorzeniami	1 290 zł	2 590 zł	3 880 zł
425	Główne Postępowanie Medyczne przeprowadzone na rzecz Ubezpieczonego, który w pierwszym dniu Pobytu w Szpitalu, w czasie którego zastosowano to Postępowanie Medyczne, nie ukończył 18. roku życia	65 zł	130 zł	190 zł
		za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, ale łącznie nie więcej niż:		
		320 zł	640 zł	960 zł

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

Nr poz.	Okoliczności wypłaty	Świadczenie Lekowe
426	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu zachowawczym, z wyjątkiem zachowawczego leczenia nowotworu złośliwego	770 zł
427	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu operacyjnym lub zabiegowym, z wyjątkiem operacyjnego leczenia nowotworu złośliwego	390 zł
428	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego	6 470 zł

Nr poz.	Okoliczności wypłaty	Świadczenie Lekowe
429	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego, a następnie zastosowanie zaleconych przez onkologa: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, o ile na dzień zastosowania: – znajdowały się w Rejestrze Produktów Lekowych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonym przez Prezesa Urzędu Produktów Lekowych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub stanowiły produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na podstawie pozwolenia wydanego przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską - oraz – nie zaliczały się do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – niezależnie od tego, czy Ubezpieczony miał prawo do korzystania z tych świadczeń.	12 950 zł

Część VII. Limity Wypłat

Limit Wypłat	Poziom Świadczeń		
	I	II	III
Jeśli ubezpieczenie nie obejmuje opcji Świadczenia Lekowego	36 250 zł	72 500 zł	108 750 zł
Jeśli ubezpieczenie obejmuje opcję Świadczenia Lekowego	42 730 zł	85 450 zł	129 470 zł

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

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

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

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

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

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu nr 99/2024 i wchodzi w życie 14 września 2024 r.

UMOWA DODATKOWA

Pobyty w szpitalu

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

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

Warto wiedzieć

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

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

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

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

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

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

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

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

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

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

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

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

Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”

Co zyskujesz?

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

Jak skorzystać ze specjalistycznej porady lub zrobić badanie diagnostyczne?

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



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

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

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

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

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

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

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

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

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

ART. 6 JAK SKORZYSTAĆ Z USŁUGI MEDYCZNEJ

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

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

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

ART. 8 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

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

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

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, oraz poza okolicznościami, które wymieniamy w artykule powyżej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym ubezpieczenie nie obejmuje także wizyty Ubezpieczonego w Placówce Medycznej, która była skutkiem:
 - a) AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - b) choroby Alzheimera,
 - c) zabiegu aborcji,
 - d) ciąży wysokiego ryzyka lub ciąży – jeśli wcześniej wystąpiły: ciąża wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym lub komplikacje potogu,
 - e) diagnozowania i leczenia niepłodności,
 - f) zabiegu zmiany płci,

- g) leczenia protetycznego, ortodontycznego lub z zakresu chirurgii szczękowej,
 - h) leczenia, zabiegów i operacji z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej oraz kosmetyki,
 - i) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz rehabilitacji, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych, zaburzeń neurorozwojowych oraz rehabilitacji po zabiegach operacyjnych,
 - j) leczenia odwykowego, zabiegów i kuracji odwykowych,
 - k) pełnienia służby wojskowej.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje także wizyty Ubezpieczonego w placówce medycznej, jeśli w okresie przed podpisaniem Wniosku rozpoznano u niego lub był on leczony z powodu któregośkolwiek ze schorzeń wymienionych w tym Wniosku.

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

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

Usługi medyczne są realizowane w przychodniach LUX MED i Medycyny Rodzinnej oraz we wskazanych przychodniach placówek współpracujących.
Aktualna lista placówek medycznych znajduje się na naszej stronie: www.allianz.pl. Informację o placówkach medycznych można również uzyskać na naszej infolinii (pod numerem tel. 224 224 224).

Na wizytę u lekarza, badania, zabiegi i inne usługi medyczne można umawiać się, dzwoniąc pod numer telefonu 22 33 22 888.
W celu skorzystania z Koordynacji Opieki Szpitalnej należy dzwonić pod numer telefonu 22 434 00 24

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

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

II. PORADY W TRYBIE DYŻUROWYM

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

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

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

III. ZABIEGI AMBULATORYJNE

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

A. ZABIEGI AMBULATORYJNE PIELĘGNIARSKIE

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

B. ZABIEGI AMBULATORYJNE OGÓLNOLEKARSKIE

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

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

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

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

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

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
3) Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
32. Serologia kity podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 33. HBs Ag/antygen	96. Serologia kity podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 97. HBs Ag/antygen 98. HBs Ab/przeciwciała 99. ASO ilościowo 100. ASO jakościowo 101. RF – czynnik reumatoidalny – ilościowo 102. Odczyn Waaler-Rose 103. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe 104. P/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 105. Test BTA 106. CMV IgG 107. CMV IgM 108. HIV I /HIV II (w razie potrzeby test potwierdzenia) 109. EBV /Mononukleozę – lateks 110. EBV /Mononukleozę IgG 111. EBV /Mononukleozę IgM 112. Toksoplazmoza IgG 113. Toksoplazmoza IgM	123. Serologia kity podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 124. HBs Ag/antygen 125. HBs Ab/przeciwciała 126. ASO ilościowo 127. ASO jakościowo 128. RF – czynnik reumatoidalny – ilościowo 129. Odczyn Waaler-Rose 130. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe 131. P/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 132. Test BTA 133. CMV IgG 134. CMV IgM 135. HIV I /HIV II (w razie potrzeby test potwierdzenia) 136. EBV /Mononukleozę – lateks 137. EBV /Mononukleozę IgG 138. EBV /Mononukleozę IgM 139. Toksoplazmoza IgG 140. Toksoplazmoza IgM 141. Przeciwciała a-mikrosomalne/Anty TPO 142. Przeciwciała a-tyreoglobulinowe/Anty TG 143. HCV Ab/przeciwciała 144. Helicobacter Pylori IgG ilościowo 145. Różyczka IgG 146. Różyczka IgM 147. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgA 148. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgG 149. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgM 150. HBc Ab IgM 151. HBc Ab total 152. Borelioza IgG 153. Borelioza IgM 154. Latex RF (RF jakościowo) 155. Przeciwciała p/jądrowe i p/cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy metodą IIF
4) Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
34. Cholesterol – badanie paskowe 35. Glukoza – badanie glukometrem 36. Troponina – badanie paskowe	114. Cholesterol – badanie paskowe 115. Glukoza – badanie glukometrem 116. Troponina – badanie paskowe 117. CRP – test paskowy	156. Cholesterol – badanie paskowe 157. Glukoza – badanie glukometrem 158. Troponina – badanie paskowe 159. CRP – test paskowy
c) Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej) i inne		
37. Posiew moczu 38. Kał posiew ogólny 39. Antybiogram do posiewu (mocz, kał)	118. Posiew moczu 119. Kał posiew ogólny 120. Antybiogram do posiewu (mocz, kał) 121. Kał posiew w kierunku SS 122. Antybiogram do posiewu (materiał różny) 123. Antybiogram do posiewu z wymazu gardła, oka, nosa i płwociny 124. Wymaz z gardła – posiew tlenowy 125. Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy 126. Wymaz z migdałka 127. Wymaz z migdałka – posiew tlenowy 128. Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy 129. Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy 130. Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy 131. Wymaz z pochwy – posiew tlenowy 132. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 133. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 134. Czystość pochwy (biocenoza pochwy) 135. Wymaz z kanału szyjki macicy 136. Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy 137. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 138. Wymaz z odbytu – posiew w kierunku paciorkowca hem. z grupy B (GBS)	160. Posiew moczu 161. Posiew kału 162. Antybiogram do posiewu (mocz, kał) 163. Kał posiew w kierunku SS 164. Antybiogram do posiewu (materiał różny) 165. Antybiogram do posiewu z wymazu gardła, oka, nosa i płwociny 166. Wymaz z gardła – posiew tlenowy 167. Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy 168. Wymaz z migdałka 169. Wymaz z migdałka – posiew tlenowy 170. Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy 171. Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy 172. Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy 173. Wymaz z pochwy – posiew tlenowy 174. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 175. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 176. Czystość pochwy (biocenoza pochwy) 177. Wymaz z kanału szyjki macicy 178. Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy 179. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 180. Wymaz z odbytu – posiew w kierunku paciorkowca hem. z grupy B (GBS) 181. Wymaz z ucha – posiew beztlenowy 182. Wymaz z ucha – posiew tlenowy 183. Wymaz z nosa 184. Wymaz z nosa – posiew tlenowy 185. Wymaz z oka – posiew tlenowy 186. Wymaz z rany 187. Wymaz z rany – posiew beztlenowy 188. Wymaz z cewki moczowej 189. Wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy 190. Posiew płwociny 191. Posiew nasienia tlenowy 192. Kał posiew w kierunku E. Coli patogenne u dzieci do lat 2 193. Kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica

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

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

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

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

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

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

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

VII. PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA – WARIANT DLA KOBIET

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

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

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

A. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

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

B. BADANIA LABORATORYJNE

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

C. INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE

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

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

D. KONSULTACJA ZAMYKAJĄCA PRZEGLĄD

19. Konsultacja internistyczna	31. Konsultacja internistyczna

VIII. PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA – WARIANT DLA MĘŻCZYZN

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

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

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

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
A. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE		
	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja okulistyczna 3. Konsultacja urologiczna	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja okulistyczna 3. Konsultacja urologiczna 4. Konsultacja kardiologiczna 5. Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową
B. BADANIA LABORATORYJNE		
	4. Mocz – badanie ogólne 5. Krew utajona/F.O.B. 6. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 7. OB/ESR 8. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA) 9. TSH/hTSH 10. HBs Ag/antygen 11. HCV Ab/przeciwciała 12. Glukoza na czczo	6. Mocz – badanie ogólne 7. Krew utajona/F.O.B. 8. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 9. OB/ESR 10. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) 11. TSH/hTSH 12. HBs Ag/antygen 13. HCV Ab/przeciwciała 14. Glukoza na czczo 15. Transaminaza GPT/ALT 16. Transaminaza GOT/AST 17. Kreatynina 18. Kwas moczowy 19. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 20. T3 Wolne 21. T4 Wolne 22. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
C. INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE		
	13. RTG klatki piersiowej PA 14. USG jamy brzusznej 15. Badanie EKG – spoczynkowe	23. RTG klatki piersiowej PA 24. USG jamy brzusznej 25. Badanie EKG – spoczynkowe 26. USG transrektalne prostaty 27. USG tarczycy 28. USG jędr 29. Echokardiografia – USG serca
D. KONSULTACJA ZAMYKAJĄCA PRZEGLĄD		
	16. Konsultacja internistyczna	30. Konsultacja internistyczna
IX. KONSyliUM MEDYCZNE		
Usługa obejmuje zorganizowanie dla Ubezpieczonego na terenie Polski konsylium medycznego złożonego z wybitnych przedstawicieli medycyny polskiej. Usługa dostępna wyłącznie z powodu skomplikowanych przypadków medycznych, a jej celem (o ile to możliwe) będzie ustalenie dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla Ubezpieczonego. Honoraria uczestników Konsylium pokrywa Ubezpieczony z 30% rabatem.		
		1. Konsylium medyczne
X. STOMATOLOGIA		
Usługi są wykonywane bezpłatnie we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna), stomatologiczne badania rentgenowskie wykonywane na podstawie skierowania od lekarza z ww. przychodni, wynik badania sporządzany na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni.		
A. PROFILAKTYKA STOMATOLOGICZNA WYKONYWANA WE WSKAZANYCH PRZYCHODNIACH LUX MED I MEDYCYNY RODZINNEJ		
	1. Usunięcie złogów naddziąstowych/scaling	1. Usunięcie złogów naddziąstowych/scaling 2. Usuwanie osadu – piaskowanie zębów 3. Polerowanie zębów 4. Fluoryzacja zębów kontaktowa 5. Indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową 6. Lakierowanie zębów
B. STOMATOLOGICZNE BADANIA RENTGENOWSKIE WYKONYWANE WE WSKAZANYCH PRZYCHODNIACH LUX MED I MEDYCYNY RODZINNEJ		
	1. RTG zęba	1. RTG zęba 2. Pantomogram jamy ustnej (RTG)
C. DOSTĘP DO OGÓLNOPOLSKIEJ SIECI STOMATOLOGICZNEJ (Bezpłatny przegląd oraz rabaty na usługi stomatologiczne)		
Usługa realizowana w sieci przychodni Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). W ramach usługi Ubezpieczonemu przysługuje bezpłatny dostęp do następujących usług: – przegląd stomatologiczny – jednorazowo (1 raz w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia), w zakres którego wchodzi ocena stanu uzębienia i higieny jamy ustnej, – okresowa konsultacja specjalistyczna (1 raz w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia); konsultacja obejmuje wywiad, poradę specjalisty oraz plan leczenia bez zabiegów w zakresie stomatologii zachowawczej, periodontologii, protetyki stomatologicznej, ortodoncji, chirurgii stomatologicznej oraz implantologii. Rabat udzielany od cennika ww. przychodni w wysokości: a) wybielanie zębów – rabat 20%, b) profilaktyka stomatologiczna, stomatologia zachowawcza, stomatologia estetyczna, endodoncja, chirurgia stomatologiczna – rabat 15%, c) protetyka, implantologia, periodontologia, ortodoncja – rabat 10%.		

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
XI. REHABILITACJA		
20% rabat na usługi z zakresu fizjoterapii wykonywane wyłącznie we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna)		
XII. SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE I TĘŻCOWI		
Usługa obejmuje szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyną przeciwężcową). Usługa składa się z: – konsultacji lekarskiej przed szczepieniem, – szczepionki (preparat), – wykonania usługi pielęgniarstwa w postaci iniekcji. Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi realizowane są w ambulatoryjnych placówkach medycznych.		
XIII. REFUNDACJA „SWOBODA LECZENIA”		
70% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy	70% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy	90% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy
Podstawowe pojęcia Refundacja „Swoboda leczenia” (dalej refundacja) to zwrot części poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów usług zdrowotnych, zakupionych jako pojedyncze świadczenie, zgodnie z zasadami opisanymi poniżej. Przez placówkę leczniczą rozumiemy jednostkę organizacyjną przedsiębiorstwa leczniczego, która jest uprawniona do świadczenia usług zdrowotnych i działa na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej. Prawo do refundacji Ubezpieczony może skorzystać z refundacji: – wyłącznie za usługi zdrowotne wskazane w Wykazie Usług Medycznych pkt I- VIII dla posiadanego wariantu ubezpieczenia, wykonane w placówce leczniczej w warunkach ambulatoryjnych, – tylko w okresie posiadania dostępu do usług zdrowotnych (okres ten wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia), – maksymalnie do wysokości kwotowego limitu refundacji w danym kwartale kalendarzowym oraz procentu kosztów podlegających refundacji dla posiadanego wariantu ubezpieczenia, – po złożeniu wniosku o refundację oraz udokumentowaniu poniesionych kosztów, – z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności wynikających z umowy ubezpieczenia. Dokumentowanie poniesionych kosztów: 1. Ubezpieczony pokrywa koszty usługi zdrowotnej bezpośrednio w placówce leczniczej, w której ją wykonał, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej placówce oraz pobiera potwierdzenie wykonania usługi. 2. Potwierdzenie wykonania usługi powinno zawierać: – dane Ubezpieczonego, na rzecz którego zostały wykonane usługi zdrowotne (co najmniej imię, nazwisko, adres). W przypadku usług wykonywanych na rzecz małoletniego dziecka Ubezpieczonego potwierdzenie wykonania usługi powinno zostać wystawione na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem imienia i nazwiska dziecka, – wykaz wykonanych usług zdrowotnych lub szczegółowa specyfikacja wystawiona przez placówkę leczniczą wykonującą te świadczenia, – liczbę zrealizowanych usług zdrowotnych danego rodzaju, – datę wykonania usługi zdrowotnej, – cenę jednostkową zrealizowanej usługi zdrowotnej. 3. Jeśli skierowanie na usługi medyczne nie było wystawione w placówce LUX MED, Ubezpieczony powinien dołączyć jego kopię do wniosku o refundację. W przypadku braku kopii skierowania potwierdzeniem może być również kopia dokumentacji medycznej, która zawiera odpowiednią adnotację o wystawieniu tego skierowania. 4. Refundacja nie zostanie dokonana w przypadku, gdy przekazane dokumenty nie będą pozwalały na ustalenie zrealizowanych usług zdrowotnych oraz osoby, na rzecz której zostało świadczenie wykonane, lub gdy zostaną przesłane do LUX MED później niż 3 miesiące od daty wykonania usługi. Rozliczenie refundacji 1. Okresy, w których przysługuje refundacja liczone są kalendarzowo i występują w ciągu roku w 4 kwartałach, tj. styczeń-marzec, kwiecień-czerwiec, lipiec-wrzesień, październik-grudzień. 2. Usługi zdrowotne, które zostały zrefundowane, zaliczane są do kwoty limitu refundacji w danym kwartale kalendarzowym na podstawie daty ich wykonania. 3. Limit kwotowy refundacji, który nie został wykorzystany w danym kwartale, nie przechodzi na kwartał następny. 4. W przypadku, gdy potwierdzenie wykonania usługi zdrowotnej nie daje podstawy do ustalenia wysokości poniesionych kosztów usługi zdrowotnej lub osoby, na rzecz której wykonano usługę, LUX MED ma prawo uzależnić dokonanie refundacji od dostarczenia przez Ubezpieczonego dodatkowych dokumentów dotyczących usługi objętej wnioskiem o refundację, które pozwolą ustalić tę podstawę. W tym celu Ubezpieczony może upoważnić LUX MED do wystąpienia do placówki leczniczej, która zrealizowała usługę zdrowotną, o udostępnienie dokumentacji medycznej w zakresie usługi objętej wnioskiem o refundację lub – w przypadku braku upoważnienia – dostarcza sam kopię tej dokumentacji. 5. W przypadku braku wyrażenia zgody na dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej wykonanej usługi zdrowotnej lub braku przedłożenia tej dokumentacji samodzielnie przez Ubezpieczonego, jak również w przypadku stwierdzenia braku podstaw do dokonania refundacji, LUX MED ma prawo odmowy dokonania refundacji odpowiednio w całości albo w części, o czym poinformuje pisemnie Ubezpieczonego wnioskującego o refundację. 6. Jeżeli koszt usługi zdrowotnej rażąco (tj. o ponad 50%) przewyższa cenę świadczenia określonej w cenniku LUX MED, LUX MED ma prawo obniżyć kwotę refundacji do najwyższej wysokości ceny tego świadczenia w Cenniku LUX MED, chyba że Ubezpieczony dostarczy dokumentację medyczną uzasadniającą wysokość poniesionych kosztów. Jako cennik LUX MED rozumiemy cennik obowiązujący w najbliższej zlokalizowanej przychodni LUX MED w stosunku do placówki leczniczej świadczącej usługę zdrowotną w dniu wykonania usługi, która posiada w swoim zakresie świadczeń usługi zdrowotne zrealizowane na rzecz Ubezpieczonego. Aktualny cennik dostępny na stronie www.luxmed.pl. Wypłata z tytułu refundacji Wniosek o refundację wraz z kompletem dokumentów należy przelać na adres: LUX MED Sp. z o.o. ul. Łżecka 24 F, 02-135 Warszawa Z dopiskiem: Refundacja W przypadku otrzymania tego wniosku lub dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej LUX MED poinformuje osobę, która złożyła wniosek o refundację, o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki w tym wniosku. LUX MED dokona refundacji na wskazany we wniosku o refundację numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty doręczenia kompletnego wniosku. Wniosek o refundację znajdziesz na www.allianz.pl		

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
XIV. E-KONSULTACJE MEDYCZNE		
Możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, tj. Portalu Pacjenta LUX MED. Usługa obejmuje e-konsultacje medyczne w zakresie: –interny/medycyny rodzinnej (od 18 roku życia), –pediatrii (do 18 roku życia), –pielęgniarstwa pediatrycznego, –potożnictwa Z e-konsultacji medycznych mogą skorzystać Ubezpieczeni, którzy założą konto na Portalu Pacjenta na stronie www.portalpacjenta.luxmed.pl. Dostępność czasowa e-konsultacji z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i jest widoczna w zakładce CZAT. Ubezpieczony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst. Specjaliści medyczni, którzy odpowiadają na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. E-konsultacja medyczna jest udzielana wyłącznie po zalogowaniu do Portalu Pacjenta, a treść e-konsultacji jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego. W zakres e-konsultacji wchodzi wymienione porady specjalistów medycznych, które nie wymagają osobistego kontaktu ze specjalistą. E-konsultacja medyczna ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej. W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie e-konsultacji może odmówić zdalnej porady i skierować Ubezpieczonego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas e-konsultacji medycznej nie są wystawiane recepty ani skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące.		
XV. KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ		
Usługa polega na zapewnieniu Ubezpieczonemu przez Zespół Koordynatorów Opieki Szpitalnej, pomocy w zakresie skoordynowania na jego rzecz planowej Hospitalizacji, w sytuacji gdy otrzyma on skierowania do szpitala na zabieg planowany (w tym na planowany poród). Na wyraźne oświadczenie woli Ubezpieczonego co do chęci skorzystania przez niego z jednej lub wybranych usług koordynacji hospitalizacji, Koordynator Opieki Szpitalnej udziela mu wsparcia w następującym zakresie: – przedstawia propozycję Hospitalizacji (sugerowane placówki szpitalne, w których Ubezpieczony może skorzystać z Hospitalizacji) – umawia pobyt Ubezpieczonego w wybranej przez niego placówce szpitalnej, – udziela pomocy przy umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji, – monitoruje realizację badań i konsultacji wykonywanych przez Ubezpieczonego, – koordynuje obieg dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem, – przekazuje informacje o bieżącym statusie realizacji szpitalnych procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym, – umawia Ubezpieczonego na wizytę kontrolną po Hospitalizacji, – umawia Ubezpieczonego na badania lub zabiegi rehabilitacyjne po Hospitalizacji zgodnie z zaleceniami Lekarza, – organizuje Ubezpieczonemu Transport Medyczny, w przypadku gdy wynika on ze wskazań medycznych, zalecanych przez Lekarza. Wskazane powyżej usługi pomocy w zakresie koordynacji opieki szpitalnej realizowane są wyłącznie w Szpitalach własnych LUX MED lub Szpitalach współpracujących z LUX MED, których aktualna lista znajduje się na stronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia/oferta/ koordynacja-opieki-szpitalnej-dla-klienta-indywidualnego-i-korporacyjnego. Usługa Koordynacji Opieki Szpitalnej nie obejmuje kosztów usług zdrowotnych zorganizowanych przez Koordynatora, a zaakceptowanych przez Ubezpieczonego i wykonanych na jego rzecz w związku z Hospitalizacją – takich jak w szczególności: – badań i konsultacji lekarskich w trakcie kwalifikacji do Hospitalizacji; – świadczeń medycznych udzielanych Ubezpieczonemu w trakcie Hospitalizacji; – kontrolnych konsultacji lekarskich, badań kontrolnych i zabiegów rehabilitacyjnych udzielanych Ubezpieczonemu po Hospitalizacji; – kosztów korzystania przez Ubezpieczonego z Transportu Medycznego, do pokrycia tych kosztów zobowiązany jest Ubezpieczony z własnych środków. Szczegółowe informacje dotyczące sposobu korzystania przez Ubezpieczonego z pomocy Koordynatora Opieki Szpitalnej oraz definicje pojęć zapisanych wielką literą znajdują się w „Regulaminie korzystania z usługi Koordynacja Opieki Szpitalnej. W Regulaminie Ubezpieczony określany jest jako Pacjent.		
XVI. INNE ŚWIADCZENIA		
10% rabat na usługi ambulatoryjne, które nie są objęte zakresem w ramach umowy Ubezpieczenia realizowane w przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna), wymienionych na stronie www.luxmed.pl. Rabat jest naliczany od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabaty się nie sumują.		

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

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

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

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

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

DEFINICJE

KTO ZAWIERA UMOWĘ UBEZPIECZENIA (STRONY UMOWY)

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

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

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

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

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

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

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

Tabela Świadczeń Assistance

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

Część II

Świadczenie assistance w przypadku Hospitalizacji Uczestnika

8	Hospitalizacja	Wizyta w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika – na czas Hospitalizacji Uczestnika, obejmujące: • transport bliskiej osoby z miejsca jej pobytu do Szpitala oraz transport powrotny, • pobyt w hotelu przyszpitalnym lub w razie jego braku – w innym dostępnym hotelu trzygwiazdkowym najbliższym Szpitala.	1000,00 zł brutto	–
9		Wizyta w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika – po zakończeniu Hospitalizacji Uczestnika, obejmujące: • transport bliskiej osoby z miejsca jej pobytu do Miejsca zamieszkania oraz transport powrotny, • pobyt w najbliższym miejscu zamieszkania hotelu trzygwiazdkowym, w okresie do 14 dni od zakończenia Hospitalizacji.	1000,00 zł brutto	–

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony.

ART. 4 JAK PRZYSTĄPIĆ DO UBEZPIECZENIA

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

ART. 5 KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

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

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

ART. 6 JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI

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

ART. 7 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

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

ART. 8 ILE KOSZTUJE OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

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

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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

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

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

ART. 10 W JAKI SPOSÓB ZAPEWNIAMY REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

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

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

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

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

REKLAMACJE I INNE WAŻNE INFORMACJE

ART. 12 JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ

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

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

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

ART. 13 W JAKI SPOSÓB SĄ ROZWIĄZYWANE EWENTUALNE SPORY

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

ART. 14 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O UBEZPIECZENIU

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

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



Piotr Ruszowski
Dyrektor Oddziału

PODSTAWOWE INFORMACJE O GRUPOWYM UBEZPIECZENIU MEDI-ASSISTANCE

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

JAKIEGO RODZAJU JEST TO UBEZPIECZENIE

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

KTO MOŻE BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ I JAK DŁUGO TRWA UBEZPIECZENIE

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

CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

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

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

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

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

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

Wszystkie ograniczenia odpowiedzialności wskazaliśmy w warunkach ogólnych.

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

POLITYKA PRYWATNOŚCI

ZASADY OCHRONY PRYWATNOŚCI

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

1. KIM JEST ADMINISTRATOR DANYCH?

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

2. JAKIE DANE OSOBOWE BĘDĄ ZBIERANE?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. KTO BĘDZIE MIEĆ DOSTĘP DO DANYCH OSOBOWYCH?

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

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

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

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

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

5. GDZIE BĘDĄ PRZETWARZANE DANE OSOBOWE?

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

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

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

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

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

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

7. JAK MOŻNA WNIĘŚ SPRZECIW WOBEC PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH?

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

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

Zagraniczna druga opinia medyczna

Co zyskujesz?

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

W ramach umowy masz dostęp do dwóch usług:

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

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

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



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

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

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

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

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

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

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

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

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

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

ART. 6 W JAKI SPOSÓB DOSTARCZAMY INFORMACJĘ MEDYCZNĄ EKSPERTA

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

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

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

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

UMOWA DODATKOWA

Ubezpieczenie składki

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA SKŁADKI (US/TZI/2/2023)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA SKŁADKI (US/TZI/2/2023)

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

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

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

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,

- b) wysokości Składki, którą pomniejszamy o składkę za tę Umowę Dodatkową i
- c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- 2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.
- 3. Składka za Umowę Dodatkową zmienia się w przypadku zmiany Składki.
- 4. Przed podwyższeniem Regularnej Składki Kapitałowej możemy poprosić, abyś:
 - a) uzupełnił informacje we wniosku o zmianę,
 - b) przekazał nam informacje o swoim stanie zdrowia lub
 - c) wykonał badania lekarskie – na nasz koszt i we wskazanych przez nas placówkach medycznych.
- 5. W okresie, w którym przejmujemy opłacanie Składek, nie możesz dokonywać zmian w Umowie, które powodują podwyższenie Składki.

ART. 6 W JAKI SPOSÓB SPEŁNIMY ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE, ABYŚMY PRZEJĘLI OPŁACANIE SKŁADEK

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

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

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE PRZEJMIEMY OPŁACANIA SKŁADEK

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

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

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

UMOWA DODATKOWA

Śmierć wskutek NW

Podstawowa korzyść

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

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



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

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

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

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

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

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

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

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

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

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

UMOWA DODATKOWA

Śmierć wskutek NW komunikacyjnego

Podstawowa korzyść

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

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



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

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

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

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

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

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

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

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

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

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

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

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

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

UMOWA DODATKOWA

Kalectwo po NW

Co zyskujesz?

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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



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

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

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

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

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

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

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

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

Tabela kalectwa

Pojęcia, których używamy w tabeli kalectwa, oznaczają:

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

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

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

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

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

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

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

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

UMOWA DODATKOWA

Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po NW

Co zyskujesz?

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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



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

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

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

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

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

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

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

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

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

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B GŁOWA

15 Uszkodzenia powłok czaszki

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

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

16 Złamania kości czaszki

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

17 Pourazowe ubytki kości czaszki

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

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

18 Powiktania po urazach głowy

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

C TWARZ

19 Powłoki twarzy

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

20 Nos

078	Złamanie kości nosa niewymagające repozycji	1%

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

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

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

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

23	Język, podniebienie, przedsionek jamy ustnej, wargi	
093	Ubytek powyżej 2 cm ² – bez zaburzeń mowy i połykania	2%
094	Ubytek z zaburzeniami mowy i połykania	15%
095	Ubytek z zaburzeniami mowy i połykania oraz zaburzeniami odżywiania	35%
096	Całkowita utrata języka	50%

D NARZĄD WZROKU

24

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

097

Upośledzenie ostrości wzroku, utrata widzenia w jednym lub w obojgu oczach – tabela ostrości wzroku

Oko prawe Oko lewe	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0
	1,0	0%	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%
0,9	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%
0,8	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
0,7	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
0,6	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%
0,5	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
0,4	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
0,3	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
0,2	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%
0,1	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%
0	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%

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

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

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

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

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

Klasyfikacja NYHA – do oceny stanu czynnościowego serca

Klasa I: choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca ani bólów wieńcowych
Klasa II: choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe

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

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

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

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

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

Klasyfikacja zaburzeń funkcji wątroby wg Childa–Pugha

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

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

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

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

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

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

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

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

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

K	KOŃCZYNA GÓRNA	
74	Uszkodzenia łopatki	
259	Złamanie łopatki wygojone – bez istotnych zaburzeń funkcji	5%
260	Złamanie łopatki wygojone z niewielkim upośledzeniem funkcji	8%
261	Złamanie łopatki wygojone z umiarkowanym przemieszczeniem i upośledzeniem funkcji	15%
262	Złamanie łopatki wygojone z dużymi przemieszczeniami i dużym upośledzeniem funkcji	30%
75	Uszkodzenia obojczyka	
263	Złamanie obojczyka wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji	3%
264	Złamanie obojczyka wygojone z niewielkim zaburzeniem ruchomości (do 1/3 normy)	5%
265	Złamanie obojczyka wygojone z umiarkowanym zaburzeniem ruchomości (od 1/3 do 2/3 normy)	10%
266	Złamanie obojczyka wygojone ze znacznym zaburzeniem ruchomości (powyżej 2/3 normy)	15%
267	Staw rzekomy obojczyka – dodatkowo	10%
268	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – niewielkie ograniczenie ruchów	5%
269	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – ze znacznym ograniczeniem ruchów, zdolności dźwigania i zniekształceniem	15%
270	Powikłania po urazie obojczyka: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo	5%
76	Uszkodzenia barku	
271	Skręcenie stawu barkowego – z zespołem bólowym lub dyskretną dysfunkcją	2%
272	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – niewielkie ograniczenie ruchomości (do 1/3 normy)	5%
273	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – średnie ograniczenie ruchomości (1/3-2/3 normy)	10%
274	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – znaczne ograniczenie ruchomości (powyżej 2/3 normy)	15%
275	Całkowite zeszywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo korzystne	30%
276	Całkowite zeszywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo niekorzystne	40%
277	Powikłania po urazie barku: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo	5%

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

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

81	Uszkodzenia śródreżca, kciuka	
312	Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka z niewielkim upośledzeniem ruchomości palca	3%
313	Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka z umiarkowanym upośledzeniem ruchomości palca	6%
314	Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka ze znacznym upośledzeniem ruchomości palca	10%
315	Złamanie II, III, IV lub V kości śródreżca po wygojeniu: nieprzemieszczone lub bez ograniczenia ruchomości palców	2%
316	Złamanie II, III, IV lub V kości śródreżca po wygojeniu: przemieszczone lub z ograniczeniem ruchomości palców	4%
317	Wykręcenie w stawie śródreżno-paliczkowym lub międzypaliczkowym kciuka z ograniczeniem ruchomości	3%
318	Złamania i zwichnięcia I kości śródreżca – bez przemieszczenia lub ograniczenia ruchomości kciuka	3%
319	Złamania i zwichnięcia I kości śródreżca – z przemieszczeniem utrwalonym lub z ograniczeniem ruchomości kciuka	5%
320	Złamanie jednego paliczka kciuka: nieprzemieszczone, bez zaburzeń ruchomości	3%
321	Złamanie jednego paliczka kciuka: trwale przemieszczone lub z ograniczeniem ruchomości	5%
322	Utrata opuszki kciuka, trwała utrata płytki paznokciowej, powikłania neurologiczne lub naczyniowe	2%
323	Utrata paliczka paznokciowego kciuka	6%
324	Utrata paliczka paznokciowego z 1/3 paliczka podstawowego kciuka	10%
325	Utrata obu paliczków lub bezużyteczność kciuka	20%
326	Utrata obu paliczków kciuka z kością śródreżca	25%
Uwaga: o stopniu zaburzeń czynności kciuka decyduje zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu. Maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia kciuka wynosi 20%.		
82	Uszkodzenia palca wskazującego	
327	Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone bez przemieszczenia i bez trwałych zaburzeń ruchomości – za każdy paliczek	1,5%
328	Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone z przemieszczeniem i trwałym ograniczeniem ruchomości – za każdy paliczek	3%
329	Wykręcenie palca wskazującego – z ograniczeniem ruchomości	2%
330	Utrata opuszki lub płytki paznokciowej palca wskazującego	2%
331	Utrata paliczka palca wskazującego – za każdy paliczek	5%
332	Utrata palca wskazującego z kością śródreżca	20%
333	Niewielkie ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	3%
334	Umiarkowane ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	6%
335	Znaczne ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	10%
336	Powikłania neurologiczne, naczyniowe po uszkodzeniu palca wskazującego – dodatkowo	3%
337	Bezużyteczność palca wskazującego	15%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca wskazującego wynosi 15%.		
83	Uszkodzenia palca III, IV, V	
338	Utrata paliczka palca III, IV, V za każdy paliczek	3%
339	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca	12%
340	Złamanie paliczka palca III, IV, V – za każdy paliczek	2%
341	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z niewielkim ograniczeniem ruchomości palca	1,5%
342	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z umiarkowanym ograniczeniem ruchomości palca	3%
343	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V ze znacznym ograniczeniem ruchomości palca	5%
344	Bezużyteczność palca granicząca z utratą – za każdy palec	10%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca III, IV, V wynosi 10% za każdy palec. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać 55%.		

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

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

409	Inne trwałe zmiany dynamiki stopy (bez stawu skokowego) – w następstwie skręceń, uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń	1-5%
410	Utrata stopy w obrębie kości śródstopia	25%
411	Utrata kości piętowej lub skokowej w całości	30%
412	Utrata stopy w całości	40%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia stopy wynosi 40%.		
91	Uszkodzenia palców stopy	
413	Złamanie jednego paliczka, utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej palucha	1%
414	Utrata paliczka paznokciowego palucha	3%
415	Utrata całego palucha	7%
416	Utrata palucha wraz z kością śródstopia	15%
417	Inne trwałe zaburzenia funkcji palucha w następstwie uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń	1-6%
418	Trwała utrata płytki paznokciowej palców II-V – za jeden palec	0,5%
419	Złamania, niewielkie trwałe uszkodzenia, częściowa utrata palców od II do V – za jeden palec	1%
420	Znaczne trwałe uszkodzenia i całkowita utrata palców od II do V – za jeden palec	2%
421	Utrata jednego z palców II-V z kością śródstopia – za każdy palec	8%
N	SKÓRA	
92	Blizny	
422	Blizny skóry poniżej 3 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	0,5%
423	Blizny skóry od 3 cm do 4,99 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	1%
424	Blizny skóry od 5 cm do 9,99 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	2%
425	Blizny skóry od 10 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	5%
Uwaga: ocenie podlegają wyłącznie blizny będące bezpośrednim następstwem urazu. Blizny pooperacyjne oceniane są razem ze skutkami urazu w ramach pozycji Tabeli właściwych dla tych następstw.		
93	Następstwa oparzeń skóry stopnia I	
426	Następstwa oparzeń skóry w postaci przebarwień powyżej 1% TBSA	2%
94	Następstwa oparzeń skóry od stopnia II	
427	Następstwa oparzeń skóry owłosionej głowy za każdą bliznę powyżej 10 cm ²	5%
428	Następstwa oparzeń skóry twarzy za każdą bliznę powyżej 10 cm ²	10%
429	Następstwa oparzeń skóry szyi za każdą bliznę powyżej 10 cm ²	10%
430	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców do 1% TBSA	5%
431	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców powyżej 1% i nie więcej niż 5% TBSA	10%
432	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców powyżej 5% TBSA	20%
433	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych do 0,5% TBSA	1%
434	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 0,5% i nie więcej niż 1,5% TBSA	3%
435	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 1,5% i nie więcej niż 5% TBSA	10%
436	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 5% TBSA	15%
437	Następstwa oparzeń skóry dłoni do 0,5% TBSA	1%
438	Następstwa oparzeń skóry dłoni powyżej 0,5% i nie więcej niż 1,5% TBSA	5%
439	Następstwa oparzeń skóry dłoni powyżej 1,5% TBSA	10%
Uwaga: ocenie z pozycji 427-439 podlegają wyłącznie skutki oparzeń od stopnia II. Trwałe zaburzenia funkcji narządów lub kończyn w wyniku oparzenia należy oceniać według odpowiednich pozycji Tabeli, najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zdarzenia. TBSA (ang. total body surface area) – całkowita powierzchnia ciała		

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

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

UMOWA DODATKOWA

„Assistance Wypadkowy”

Co zyskujesz w razie wypadku?

- **Pomoc w diagnostyce i leczeniu**
Zorganizujemy i opłacimy 10 świadczeń medycznych, takich jak m.in.: konsultacje lekarskie, diagnostyka laboratoryjna, badania specjalistyczne, w tym: RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa.
- **Wsparcie assistance w leczeniu i powrocie do zdrowia**
Zapewnimy m.in.: transport medyczny, rehabilitację (do 30 zabiegów), organizację i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz dostęp przez 6 miesięcy do Neuroformy – platformy, która ułatwia rehabilitację.
- **Organizacja i pokrycie kosztów zabiegu operacyjnego**
Pokryjemy koszty nawet do 20 000 zł.
- **Pokrycie kosztów operacji plastycznej**
Pokryjemy koszty do 8000 zł.

Warto wiedzieć

„Assistance Wypadkowy” możesz też zakupić dla swojego dziecka i partnera.

Jak skorzystać z assistance?

Wszystkie informacje znajdziesz na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY” (ANNW/TZ/3/2024)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY” (ANNW/TZ/3/2024)

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Operacyjne** – podmiot AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) i zajmuje się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem
2. **Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego i nie jest członkiem jego rodziny
3. **Leki** – przepisane przez lekarza Ubezpieczonemu:
 - a) leki gotowe, wpisane do „Rejestru Produktów Lekniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” oraz
 - b) leki recepturowe,których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty
4. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
5. **Placówka Medyczna** – Szpital, prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
6. **Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej** – stan zagrożenia życia, który wskazujemy poniżej i który powinien być zgłoszony bezpośrednio do pogotowia ratunkowego:
 - a) zatrucie lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utrata przytomności, omdlenie, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty,
 - b) stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród,
 - c) rozległe rany z krwawieniem, które są efektem urazu oraz urazy, które uniemożliwiają samodzielne poruszanie się,
 - d) nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażenia i niedowładów,
 - e) ciężka reakcja anafilaktyczna na ukąszenia, leki lub środki spożywcze
7. **Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków

8. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny Ubezpieczonemu do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia mu samodzielne funkcjonowanie
9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
10. **Transport Medyczny** – transport, który jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; Transportem Medycznym nie jest transport na wizyty kontrolne oraz dojazd do poradni rehabilitacyjnej
11. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat (w przypadku Dziecka – mniej niż 18 lat) i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
12. **Wykaz Procedur Medycznych** – Załącznik nr 1 do tego dokumentu, który zawiera procedury medyczne, objęte ubezpieczeniem
13. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
14. **Zajęcie Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sprints wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez kóło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
15. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków
16. **Zabieg Operacyjny** – operacja ortopedyczna, laryngologiczna lub chirurgiczna, której celem jest leczenie urazów doznanych przez Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Zabieg Operacyjny musi być przeprowadzany w warunkach bloku operacyjnego. Zabiegiem Operacyjnym nie jest zabieg:
 - a) wykonywany w celu leczenia choroby nowotworowej,
 - b) wykonywany w celach diagnostycznych,
 - c) związany z leczeniem nad wrodzonych,
 - d) przeprowadzony w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków Nieszczęśliwych Wypadków,
 - e) cięcia cesarskiego.

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych, które wskazujemy w Tabeli nr 1, dla Ubezpieczonego, który w czasie ochrony ubezpieczeniowej ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi. Podczas organizacji i realizacji tych świadczeń obowiązują:
 - zasady, które wskazujemy w Tabeli nr 1, oraz
 - Wykaz Procedur Medycznych.
 - b) organizację i pokrycie kosztów świadczeń assistance i telemedycyny, które wskazujemy w Tabeli nr 2, dla Ubezpieczonego, który w czasie ochrony ubezpieczeniowej ulega Nieszczęśliwemu

Wypadkowi. Podczas organizacji i realizacji tych świadczeń obowiązują:

- zasady, które wskazujemy w Tabeli nr 2 oraz
- Wykaz Procedur Medycznych.

- c) w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała, które powstały w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, ubezpieczenie obejmuje także: organizację i pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do wysokości 8 000 zł w odniesieniu do

jednego Nieszczęśliwego Wypadku. Operacja ta musi być przeprowadzona w warunkach bloku operacyjnego.

3. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w tym dokumencie oraz w Wykazie Procedur Medycznych i które są realizowane:

- a) za pośrednictwem Centrum Operacyjnego,
- b) na terenie Polski.

Tabela nr 1 Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku

Rodzaj świadczenia medycznego	Limit na jeden Nieszczęśliwy Wypadek
1. Wizyta lekarska lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry w Placówce Medycznej lub miejscu pobytu Ubezpieczonego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) wraz z kosztami dojazdu lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry oraz kosztami jego honorarium, o ile nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej.	
Po uzyskaniu skierowania od Lekarza Prowadzącego:	
2. Konsultacja chirurga	
3. Konsultacja okulisty	
4. Konsultacja otolaryngologa	
5. Konsultacja neurologa	
6. Konsultacja ortopedy	
7. Konsultacja kardiologa	
8. Konsultacja pulmonologa	
9. Konsultacja neurochirurga	Świadczenia do wielokrotnego wykorzystania, maksymalnie 10 świadczeń medycznych
10. Konsultacja psychologa	
11. Konsultacja ginekologa	
12. Konsultacja hepatologa	
Świadczenia z pkt 13-19 są realizowane w zakresie procedur medycznych, które wskazujemy w Wykazie Procedur Medycznych:	
13. Zabiegi ambulatoryjne	
14. Diagnostyka laboratoryjna Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktujemy jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby zleconych badań na jednym skierowaniu, które wystawił Lekarz Prowadzący w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.	
16. Badania radiologiczne (RTG)	
17. Badania ultrasonograficzne (USG)	
18. Rezonans magnetyczny	1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych
19. Tomografia komputerowa	1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych

Tabela nr 2 Świadczenia assistance i telemedycyny dla Ubezpieczonego w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku

Rodzaj i opis świadczenia	Limit na jeden Nieszczęśliwy Wypadek
I. Świadczenia assistance dla Ubezpieczonego	
1. Organizacja i pokrycie kosztów Zabiegu Operacyjnego	20 000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty Zabiegu Operacyjnego, którego przeprowadzenie jest wymagane na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego.	

2. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	30 zabiegów
Zorganizujemy i pokryjemy koszty rehabilitacji Ubezpieczonego, której przeprowadzenie jest wymagane na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego. W zależności od wyboru Ubezpieczonego mogą to być:	
a) wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego, albo	
b) wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej,	
realizowane w zakresie procedur medycznych, które wskazujemy w Wykazie Procedur Medycznych.	
3. Transporty Medyczne Ubezpieczonego i osoby przez niego wskazanej	20 Transportów Medycznych
Jeśli nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej, to zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu Medycznego:	
a) z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Placówki Medycznej wskazanej przez Lekarza Prowadzącego, gdy wymagany jest pobyt lub wizyta Ubezpieczonego w Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego.	
b) z Placówki Medycznej do innej Placówki Medycznej, gdy Ubezpieczony zostanie skierowany na badania specjalistyczne lub Zabieg Operacyjny w innej Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego.	
c) do miejsca pobytu Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony przebywa w Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego.	
4. Pomoc psychologa	maksymalnie 3 wizyty lub zdalne konsultacje
Zorganizujemy i pokryjemy koszty, w zależności od wyboru Ubezpieczonego, wizyt u psychologa lub zdalnych konsultacji z psychologiem, gdy – zgodnie ze skierowaniem od Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga skorzystania z pomocy psychologa.	
5. Leczenie stomatologiczne	2000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia stomatologicznego, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga takiego leczenia.	
6. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego	700 zł
Zapewnimy usługi, które wymieniamy niżej, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego:	
a) organizacja i pokrycie kosztów transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego i	
b) pokrycie kosztów zakupu albo wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).	
7. Zakup i dostarczenie Leków lub środków opatrunkowych	300 zł
Pokryjemy koszt zakupu i dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego Leków i środków opatrunkowych, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga przyjmowania przepisanych Leków lub korzystania ze środków opatrunkowych.	
II. Telemedycyna	Maksymalnie 6 porad lekarskich w każdym 12-miesięcznym okresie ochrony ubezpieczeniowej
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem czatu, które obejmują usługi wymienione w pkt a)-d). W ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy.	
a) wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	
b) zdalne wystawienie skierowania na badania lub zabiegi (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	
c) zdalne wystawienie zwolnienia lekarskiego (w przypadkach medycznie uzasadnionych i o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość)	
d) zdalną poradę lekarską udzielaną przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę w zakresie wyników przeprowadzonych badań.	
III. Infolinia medyczna	
W ramach infolinii medycznej zapewnimy telefoniczny dostęp do informacji dotyczących:	bez limitu
a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,	
b) diet, metod zdrowego żywienia,	
c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,	
d) danych teledadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,	
e) danych teledadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,	
f) danych teledadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,	
g) danych teledadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,	
h) danych teledadresowych aptek czynnych przez całą dobę.	

4. Ubezpieczenie w zakresie świadczeń telemedycyny nie obejmuje:
 - a) wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz endoskopię,
 - b) wystawiania e-recept na leki psychotropowe, opioidowe, a także leki przyjmowane w ramach kontynuacji leczenia sprężonego Nieszczęśliwego Wypadku, w związku z którym organizowaliśmy świadczenie,
 - c) wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą honorowane przez podmioty lecznicze (w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej), które realizują świadczenia medyczne na mocy kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (wystawione przez nas skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych).
5. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów świadczeń, których przyczyną było nadwyższenie organizmu o charakterze nawykowym, zmętnieniem lub wysiłkowym w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które jest potwierdzone w dokumentacji medycznej i skutkuje negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
6. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów, który wskazujemy w Tabeli nr 2, to zrealizujemy daną usługę w przypadku, gdy Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a tym limitem.
7. Jeśli spóźnisz się z płatnością Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zaptasz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do świadczeń.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu lub w jakiej wysokości, potrzebujemy:

- a) wniosku o realizację świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
 - b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Dokumenty te należy dostarczyć do Centrum Operacyjnego.
 3. Zawiadomienie o zajściu Nieszczęśliwego Wypadku można złożyć:
 - a) telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
 - b) pisząc na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa,
 - c) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.
 4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości, to spełnimy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
 5. Jeśli odmawiamy spełnienia świadczenia lub spełniamy je w części, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
 6. Centrum Operacyjne w porozumieniu z Ubezpieczonym ustala miejsce realizacji świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Organizujemy te świadczenia we współpracującym z Centrum Operacyjnym podmiocie lub Placówce Medycznej w ciągu 5 dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, które są niezbędne, abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu lub w jakiej wysokości.
 7. Wartość poszczególnych świadczeń assistance ustala Centrum Operacyjne – każdorazowo na podstawie cen usług w uzgodnionej z Ubezpieczonym Placówce Medycznej, które obowiązują w dniu organizacji świadczenia. Informujemy Ubezpieczonego o wartości tego świadczenia oraz o tym w jaki sposób realizacja tego świadczenia wpływa na limit kosztów lub świadczeń.

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

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, któremu uległ Ubezpieczony został spowodowany lub miał miejsce:
 - a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
 - b) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewoźu lotniczego lub przewoźu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
 - c) w związku z popełnieniem lub uświadczaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.
 - e) w związku z poddaniem się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie takiego leczenia było zalecone przez Lekarza Prowadzącego,
 - f) w wyniku zatrucia się przez Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
 - g) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - h) wskutek zakażenia wirusem HIV,
 - i) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - j) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do

- kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie Nieszczęśliwego Wypadku, lub prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Nieszczęśliwego Wypadku,
- k) skutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
- l) skutek leczenia eksperymentalnego Ubezpieczonego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
- m) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

2. Gdy na skutek Siły Wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń asystan-
ce, o których mowa w Tabeli nr 2, zwracamy poniesione i udokumen-
towane koszty do wysokości limitów wskazanych w Tabeli nr 2.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty,
postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co
do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.
4. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są
objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wy-
konanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Siły Wyższej, strajków,
Aktów Terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania ra-
dioaktywnego, epidemii, a także ograniczeń w poruszaniu się, które
zostały wprowadzone przez władze państwowe.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 23/2024
i weszły w życie 16 marca 2024 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY”

WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

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

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

37)	Badanie radiologiczne – kość piętowa
38)	Badanie radiologiczne – jama brzuszna, pojedyncza projekcja PA
4.	ULTRASONOGRAFIA
1)	Badanie ultrasonograficzne – klatka piersiowa
2)	Badanie ultrasonograficzne – jama brzuszna
3)	Badanie ultrasonograficzne – miednica
4)	Badanie ultrasonograficzne – moszna i jej zawartość
5)	Badanie ultrasonograficzne – kończyna, nienaczyniowe
5.	REHABILITACJA
1)	Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
2)	Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
3)	Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF), jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje
4)	Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna
5)	Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów
6)	Kinezytaping
7)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia
8)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux)
9)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet
10)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki
11)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza
12)	Galwanizacja
13)	Elektrostymulacja
14)	Tonoliza
15)	Prądy diadynamiczne
16)	Prądy interferencyjne
17)	Prądy Kotza
18)	Prądy Tens
19)	Prądy Traberta
20)	Impulsowe pole magnetyczne
21)	Laseroterapia (skaner, punktowo)
22)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (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 lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, bez kontrastu
3)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa, bez kontrastu
4)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, bez kontrastu
5)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa, bez kontrastu
6)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, bez kontrastu
7)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa, bez kontrastu
8)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, bez kontrastu

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

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i wszedł w życie 15 kwietnia 2023 r.

Niezdolność do pracy po NW

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci wsparcie finansowe, jeśli zostanie u Ciebie stwierdzona trwała i całkowita niezdolność do jakiegokolwiek pracy.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w razie niezdolności do pracy, to 1 000 000 zł.

Warto wiedzieć

Ubezpieczenie dotyczy niezdolności do pracy, której przyczyną jest nieszczęśliwy wypadek.

Zwróć uwagę

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NPW/TZ/4/2023)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NPW/TZ/4/2023)

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Ta całkowita niezdolność musi:
 - a) rozpocząć się w ciągu 36 miesięcy od tego wypadku,
 - b) trwać nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu – na podstawie aktualnej wiedzy medycznej – mieć charakter trwały i nieodwracalny
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku Niezdolności do Pracy; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

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

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność do Pracy. Nieszczęśliwy Wypadek oraz ostatni dzień 12-miesięcznego okresu niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej muszą nastąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej. Jeśli w czasie 12-miesięcznego okresu niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego 12-miesięcznego okresu nie musi nastąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
3. W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i laboratoryjne. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową, w ciągu 60 dni od takiej zmiany.

3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
5. Jeśli Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej z dnia Nieszczęśliwego Wypadku.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,

- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) dokumentów, które potwierdzają Niezdolność do Pracy – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego.

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

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

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

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

UMOWA DODATKOWA

Pobyty w szpitalu wskutek NW

Co zyskujesz?

Wyścimy Ci pieniądze za pobyt w szpitalu, który ma zwiqzek z wypadkiem – juŹ od pierwszego dnia pobytu.

Warto wiedzieć

- Za kaŹdy dzieñ pobytu w szpitalu moŹesz otrzymać od 100 zł do 500 zł.
- MoŹesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – nawet za 120 dni pobytu w szpitalu w ciqgu roku.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LSNW/TZ/4/2023)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LSNW/TZ/4/2023)

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Dziennie Świadczenie Szpitalne** – wybrana przez Ciebie kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe za jeden Dzień Pobytu w Szpitalu; Dziennie Świadczenie Szpitalne wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
3. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu – od dnia rejestracji do dnia wypisu
4. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
5. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku. Pobyt ten musi rozpocząć się w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku i musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu nie jest pobyt na oddziale rehabilitacyjnym lub ratunkowym. Nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu
6. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
7. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
8. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:

- a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
9. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
 10. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, kolki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
 11. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego za maksymalnie 120 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu oraz
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:

- a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
5. Jeśli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Za Dzień Pobytu w Szpitalu wypłacamy Ubezpieczonemu Dienne Świadczenie Szpitalne.
2. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż jeden dzień, to wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiednią wielokrotność Dziennego Świadczenia Szpitalnego.
3. Do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dienne Świadczenie Szpitalne, które obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż 30 dni, to Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę za pierwsze 30 dni tego pobytu.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) dokumentów, które potwierdzają Pobyt w Szpitalu.

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

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

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

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

Koszty leczenia skutków NW

Co zyskujesz?

Zwrócimy Ci koszty poniesione na leczenie po wypadku, które obejmuje: wizyty i badania lekarskie, zabiegi i operacje (bez operacji plastycznych), pobyt w szpitalu, przewiezienie do placówki medycznej, leki i środki opatrunkowe.

Warto wiedzieć

- Otrzymasz zwrot kosztów, które będą udokumentowane oryginałami rachunków.
- Zwrócimy Ci wydatki poniesione na leczenie w Polsce w ciągu 12 miesięcy od wypadku.

Zwróć uwagę

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, czyli do kwoty 50 000 zł.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KL/TZ/4/2023)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KL/TZ/4/2023)

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Leczenia** – koszty, które zostały poniesione na leczenie u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego Wypadku, w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku. Leczenie musi być niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz musi być przeprowadzone na terenie Polski, pod kontrolą lekarza
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Placówka Medyczna** – prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowanego zespół lekarski i pielęgniarski
5. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
6. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – maksymalna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku poniesienia Kosztów Leczenia; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumentcie Ubezpieczenia
7. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
8. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i

b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

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

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje zwrot następujących Kosztów Leczenia:
 - a) koszty wizyt lekarskich,
 - b) koszty pobytu w szpitalu,
 - c) koszty zabiegów i operacji, z wyłączeniem operacji plastycznych,
 - d) koszty znieczulenia, w tym koszty jego podania,
 - e) koszty badań,
 - f) koszty przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki Medycznej, w której udzielono mu pomocy medycznej po Nieszczęśliwym Wypadku, w tym koszty wezwania karetki pogotowia,
 - g) koszty nabycia leków, które są dostępne wyłącznie na receptę,
 - h) koszty nabycia środków opatrunkowych.
3. Zwracamy Koszty Leczenia do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.
4. Koszty rehabilitacji nie są Kosztami Leczenia.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową – w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:

- a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
4. Jeśli Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Wypłacamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Leczenia, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków.
2. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu z danej Umowy Dodatkowej, to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku. Limit ten jest taki sam także wtedy, gdy Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi.
3. Jeżeli Koszty Leczenia zostały poniesione w walucie obcej, kwoty z rachunków i faktur przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy za-
wiadomienia o poniesionych Kosztach Leczenia oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,

- c) dokumentów, które potwierdzają zajęcie i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Leczenia; faktura lub rachunek musi zawierać informację o rodzaju poniesionych Kosztów Leczenia i wskazanie osoby, której leczenia te koszty dotyczą.

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

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie zwracamy Kosztów Leczenia, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego te koszty są ponoszone, został spowodowany lub miał miejsce:

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

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

Koszty operacji plastycznych po NW

Co zyskujesz?

Zwrócimy Ci koszty poniesione na operacje plastyczne po wypadku.

Warto wiedzieć

- Otrzymasz zwrot kosztów, które będą udokumentowane oryginałami rachunków.
- Zwrócimy Ci wydatki na operacje przeprowadzone w Polsce w ciągu 24 miesięcy od wypadku.

Zwróć uwagę

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, czyli do kwoty maksymalnie 50 000 zł.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW OPERACJI PLASTYCZNYCH PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (OP/TZ/4/2023)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW OPERACJI PLASTYCZNYCH PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (OP/TZ/4/2023)

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Operacji Plastycznych** – koszty, które zostały poniesione na operacje plastyczne Ubezpieczonego w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń powierzchni jego ciała powstałych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Operacje muszą być przeprowadzone:
 - a) w ciągu 24 miesięcy od tego wypadku,
 - b) na terenie Polski i pod kontrolą lekarza
3. **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
6. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – maksymalna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku poniesienia Kosztów Operacji Plastycznych; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
4. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej albo w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

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

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje zwrot Kosztów Operacji Plastycznych.
3. Zwracamy Koszty Operacji Plastycznych maksymalnie do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu,
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
4. Jeśli Nieszczęśliwy Wypadek jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Wypłacamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Operacji Plastycznych, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków.
2. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu z danej Umowy Dodatkowej, to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Jeśli Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi, to łączna kwota wypłat z danej Umowy Dodatkowej też nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. Jeżeli Koszty Operacji Plastycznych zostały poniesione w walucie obcej, kwoty wskazane z rachunków i faktur przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych tabeli ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o poniesionych Kosztach Operacji Plastycznych oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Operacji Plastycznych; faktura lub rachunek musi zawierać wskazanie osoby, która poddała się operacji plastycznej.

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

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie zwracamy Kosztów Operacji Plastycznych, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego te koszty są ponoszone, został spowodowany lub miał miejsce:

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

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

Dodatkowa ochrona po NW – „Dla Aktywnych”

Co zyskujesz?

- „Dla Aktywnych” rozszerza zakres ochrony w ubezpieczeniach, które zapewniają wsparcie finansowe w razie:
 - trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku,
 - niezdolności do pracy po nieszczęśliwym wypadku,
 - pobytu w szpitalu po nieszczęśliwym wypadku,
 - leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
 - operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku.
- Dzięki temu otrzymasz wypłatę z tych ubezpieczeń, jeśli Twój wypadek będzie związany z uprawianiem sportów i aktywności wymienionych w warunkach ubezpieczenia.

Warto wiedzieć

- Lista wyczynowych sportów liczy 40 pozycji – należą do nich m.in. tak popularne sporty, jak: piłka nożna, siatkówka, piłka ręczna, narciarstwo, lekkoatletyka, judo, karate.
- Lista innych sportowych aktywności obejmuje m.in. wyprawy w wysokie góry poniżej 4000 m n.p.m.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia wypadkowego?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „DLA AKTYWNYCH” (AK/TZ/4/2023)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „DLA AKTYWNYCH” (AK/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu.

W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy:

- **Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU** oraz
 - **Ogólne warunki ubezpieczenia umowy dodatkowej**, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową.
- Czytaj te dokumenty uważnie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umów Dodatkowych i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

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

W **Ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej** znajdziesz informacje:

- Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia),
- Jaką są Twoje obowiązki i obowiązki Ubezpieczonego,
- Komu i ile pieniędzy wypłacamy,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

Pojęcia, które piszemy wielką literą, zdefiniowaliśmy w OWU albo w Ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową.

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

1. Ubezpieczenie obejmuje rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej w Umowach Dodatkowych:
 - a) w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku,
 - b) w razie pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - c) w razie poniesienia kosztów leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
 - d) w razie poniesienia kosztów operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku,
 - e) w razie niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku,o skutki Nieszczęśliwego Wypadku, który ma miejsce w czasie następujących aktywności Ubezpieczonego:

• Wyczynowe Uprawianie Sportu z poniższej tabeli:

1	badminton	21	pięciobój i dziesięciobój
2	baseball	22	piłka nożna (w tym halowa)
3	biathlon	23	piłka ręczna
4	bilard	24	piłka wodna
5	curling	25	łyżwanie
6	futbol amerykański	26	rugby
7	gimnastyka z wyłączeniem kulturystyki	27	saneczkarstwo z wyłączeniem saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
8	golf	28	siatkówka
9	hokej na trawie i hokej na lodzie	29	skoki przez przeszkody z wyłączeniem wyścigów konnych
10	jazda konna	30	snowboarding z wyłączeniem akrobacji oraz snowboarding poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
11	kajakarstwo z wyłączeniem kajakarstwa górskiego i górskich sptywów wodnych	31	sporty walki bez użycia broni (tj.: aikido, hapkido, judo, karate, kung-fu, taekwondo)
12	kolarstwo oraz kolarstwo górskie z wyłączeniem odmian ekstremalnych (odmiany ekstremalne to: zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill)	32	squash
13	koszykówka	33	surfing i windsurfing
14	lekkoatletyka	34	szermierka sportowa
15	tucznictwo	35	taniec
16	tyżwiarstwo figurowe	36	tenis stołowy
17	tyżwiarstwo szybkie	37	tenis ziemny
18	narciarstwo alpejskie z wyłączeniem narciarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, skoków i narciarstwa akrobatycznego	38	triathlon
19	narciarstwo biegowe	39	wioślarstwo
20	narty wodne z wyłączeniem akrobacji	40	żeglarstwo śródlądowe i przybrzeżne do 25 mil morskich od brzegu

oraz

- udział w następujących Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Ultra-ty Życia lub Zdrowia, pod warunkiem, że nie są uprawiane w ramach Wyczynowego Uprawiania Sportu ani Zawodowego Uprawiania Sportu:

1. bezdekompresyjne nurkowanie z partnerem poza wrakami i jaskiniami przy użyciu sprzętu z obiegiem otwartym i z zejściem do 40 m. Ubezpieczony musi mieć uprawnienia do nurkowania potwierdzone międzynarodowym certyfikatem (PADI, CMAS) lub nurkowanie musi odbywać się podczas kursu, którego celem jest uzyskanie takich uprawnień w asyście instruktora z aktualnym międzynarodowym certyfikatem uprawniającym do prowadzenia kursu danego rodzaju
2. żeglarstwo morskie i oceaniczne na jednostce, która:
 - a) jest przewidziana na co najmniej siedmiu członków załogi i
 - b) jest prowadzona przez osobę, która ma patent jachtowego sternika morskiego lub kapitana jachtowego Polskiego Związku Żeglarskiego lub adekwatne uprawnienia wydane przez ISSA (Inshore Skipper, Offshore Skipper lub Master of Yacht)

-
3	wspinaczka skałkowa poniżej 4000 m n.p.m. z użyciem specjalistycznego sprzętu, na drogach do 5 klasy trudności włącznie wg klasyfikacji UIAA, V klasyfikacji polskiej, 4b brytyjskiej, 5.7 północnoamerykańskiej, 4+ francuskiej, 14 australijskiej, 5 skandynawskiej lub III saksońskiej
4	wyprawy w wysokie góry poniżej 4000 m n.p.m.
-

2. Aktywności, które wymieniamy w tabelach powyżej, nie mogą stanowić Aktywności Zarobkowej Ubezpieczonego.
3. Jeśli Ubezpieczony ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi w czasie aktywności, które wymieniamy wyżej, to wypłacamy pieniądze z Umowy Dodatkowej, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową. Wypłata następuje zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia tej Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
- a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,

- d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana ostatnia Umowa Dodatkowa, w której rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego zgodnie z tym dokumentem,
 - f) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
- a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej i czasu trwania Umowy Dodatkowej, w której rozszerzamy zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie tego dokumentu,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

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

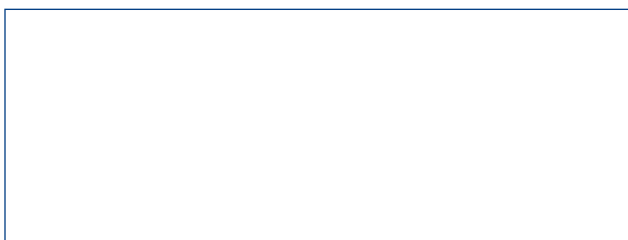
This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

TU Allianz Życie Polska S.A.

ul. Inflancka 4B

00-189 Warszawa

Skontaktuj się z agentem



Infolinia: 224 224 224 opłata zgodna z taryfą danego operatora

www.allianz.pl

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE

Twoje Życie



Co zyskujesz dzięki ubezpieczeniu Twoje Życie?

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

Możesz również:

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

Czego dowiesz się z ogólnych warunków umowy głównej?

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

Zwróć uwagę

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

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

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

SPIS TREŚCI

Zabezpieczenie bliskich

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

Wsparcie w razie problemów ze zdrowiem

Poważne zachorowanie	21
Leczenie za granicą	37
„Assistance Onkologiczny”	47
Niezdolność do pracy	55
Leczenie w szpitalu – „Na Zdrowie”	61
Pobyt w szpitalu	83
Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”	87
Zagraniczna druga opinia medyczna	119
Ubezpieczenie składki	123

Wsparcie finansowe w razie nieszczęśliwych wypadków (NW)

Śmierć wskutek NW	127
Śmierć wskutek NW komunikacyjnego	131
Kalectwo po NW	135
Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po NW	141
„Assistance Wypadkowy”	163
Niezdolność do pracy po NW	175
Pobyt w szpitalu wskutek NW	179
Koszty leczenia skutków NW	183
Koszty operacji plastycznych po NW	187
Dodatkowa ochrona po NW – „Dla Aktywnych”	191

Długoterminowe oszczędzanie na przyszłość

Rachunek z UFK z ubezpieczeniem na życie	195
Regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	201

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

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

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

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

KTO ZAWIERA UMOWĘ UBEZPIECZENIA (STRONY UMOWY)

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

ZAWARCIE UMOWY

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

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

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

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

ART. 4 JAK ZAWRZEĆ UMOWĘ GŁÓWNĄ I UMOWĘ DODATKOWĄ

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

ART. 5 JAK DŁUGO TRWA UMOWA GŁÓWNA I UMOWY DODATKOWE

- Umowę Główną zawierasz z nami na czas nieokreślony.

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

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

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

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

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

ART. 8 JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI

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

ART. 9 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI ORAZ OBOWIĄZKI KAŻDEGO UBEZPIECZONEGO

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

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

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

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

ART. 11 ILE KOSZTUJE UMOWA GŁÓWNA

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

ART. 12 ILE KOSZTUJE UMOWA DODATKOWA

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

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

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

ZMIANY W UMOWIE

ART. 14 JAK OBJĄĆ OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ DRUGIEGO UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO

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

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

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

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

ART. 16 NA CZYM POLEGA INDEKSACJA

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

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

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

ODSTĄPIENIE OD UMOWY I ROZWIĄZANIE UMOWY

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

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

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

WYPŁATA PIENIĘDZY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

ART. 19 KOMU WYPŁACAMY PIENIĄDZE Z UMOWY GŁÓWNEJ

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

ART. 20 ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY Z UMOWY GŁÓWNEJ

Jeśli Ubezpieczony Główny umiera w czasie ochrony ubezpieczeniowej, to wypłacamy:

- Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie oraz Sumę Ubezpieczenia – jeśli śmierć Ubezpieczonego Głównego następuje w Okresie Podwyższonej Ochrony,
 - Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie – jeśli śmierć Ubezpieczonego Głównego następuje po zakończeniu Okresu Podwyższonej Ochrony,
- które obowiązują w dniu śmierci Ubezpieczonego.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH, REKLAMACJE I INNE WAŻNE INFORMACJE

ART. 24 DLACZEGO PRZETWARZAMY DANE OSOBOWE I JAK JE ZBIERAMY

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

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

ART. 25 JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ

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

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

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

ART. 26 W JAKI SPOSÓB SĄ ROZWIĄZYWANE EWENTUALNE SPORY

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

ART. 27 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O SWOIM UBEZPIECZENIU

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

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

WYKAZ OPŁAT I LIMITÓW (WO/TZ/3/2022)

1. Minimalna Składka

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

2. Minimalny wskaźnik indeksacji: 2%

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

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

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

UMOWA

Tymczasowa umowa ubezpieczenia na życie



→ Spis treści

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

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

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

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

KTO ZAWIERA TYMCZASOWĄ UMOWĘ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (STRONY UMOWY)

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

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

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

ART. 3 JAK ZAWRZEĆ TYMCZASOWĄ UMOWĘ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

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

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

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

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

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

ART. 6 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

ART. 8 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

ART. 9 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

ART. 10 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O SWOIM UBEZPIECZENIU

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

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

UMOWA DODATKOWA

Terminowe ubezpieczenie na życie



→ Spis treści

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

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

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

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

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

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

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

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

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

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

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

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

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

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

UMOWA DODATKOWA

Poważne zachorowanie

Co zyskujesz?

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

Warto wiedzieć

Ubezpieczeniem w razie poważnego zachorowania możesz objąć również dziecko – wersja dla dzieci obejmuje ponad 25 poważnych chorób, takich jak np.: cukrzyca insulinozależna, nowotwory złośliwe i niewydolność nerek.

Zwróć uwagę

Pieniądze wypłacimy Ci po wystąpieniu poważnego zachorowania – nie wymagamy ani faktur za leczenie, ani oświadczeń o wydatkach.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie **allianz.pl**,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie **allianz.pl**



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY
DODATKOWEJ W RAZIE POWAŻNEGO
ZACHOROWANIA (PZM/TZ/3/2024)**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1 – 5 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 6 – 10 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZM/TZ/3/2024)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

W ramach z przykładami zamieszczamy komentarze, które ułatwią Ci zrozumienie tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia. Te treści nie zastępują pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia – to po prostu dodatkowe wyjaśnienie dla Ciebie jako naszego Klienta.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
4. **Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań** – maksymalna łączna wypłata za Poważne Zachorowania z danej grupy. Limit ten obowiązuje łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Wyrażamy go w procentach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
5. **Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej** – maksymalna łączna wypłata za Poważne Zachorowania ze wszystkich grup. Limit ten obowiązuje łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Wyrażamy go w procentach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
6. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani jakkolwiek Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
7. **Poważne Zachorowanie** – choroba, procedura medyczna lub zaburzenie funkcji organizmu Ubezpieczonego, które:
 - a) wystąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego i
 - b) w czasie tej ochrony spełniają warunki zawarte w definicji danego Poważnego Zachorowania.
8. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
9. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy, jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Poważnego Zachorowania; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
10. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całonocową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
 - b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
11. **Trwała Utrata Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – stan, który nie rokuje poprawy i w którym Ubezpieczony nie może samodzielnie wykonywać, przez co najmniej 6 miesięcy, przynajmniej 3 z następujących czynności życia codziennego:
 - a) kąpiel – przez którą rozumiemy zdolność umycia się,
 - b) ubieranie się – przez które rozumiemy zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
 - c) przemieszczanie się – przez które rozumiemy zdolność do przemieszczania się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
 - d) korzystanie z toalety – przez które rozumiemy zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza,
 - e) odżywianie się – przez które rozumiemy zdolność do spożycia pokarmu.Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji stwierdza neurolog
12. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
13. **Ubytki Neurologiczne** – deficyt lub deficyty czynności układu nerwowego, które są spowodowane chorobą lub urazem i są stwierdzone wyłącznie w badaniu przedmiotowym wykonanym przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczenie nie obejmuje schorzeń, w przypadku których warunkiem spełnienia definicji Poważnego Zachorowania jest powstanie deficytu lub deficytów czynności układu nerwowego, podczas gdy u Ubezpieczonego wystąpił wyłącznie jeden lub kilka z następujących symptomów:
 - a) zmiany, które zostały stwierdzone jedynie w badaniach obrazowych,
 - b) bóle głowy, zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji,
 - c) napady padaczkowe,
 - d) padaczka alkoholowa,bez współistniejących deficytów czynności układu nerwowego, stwierdzonych w przedmiotowym lekarskim badaniu neurologicznym
14. **Wada Wrodzona Dziecka** – nieprawidłowość anatomiczna, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania
15. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
16. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee,

skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu

17. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

3. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego – także wtedy, gdy jest ono skutkiem Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
4. Wypłata świadczenia za Poważne Zachorowanie wpływa na zakres udzielanej przez nas dalszej ochrony ubezpieczeniowej. W określonych przypadkach Ubezpieczony może otrzymać świadczenie za więcej niż jedno Poważne Zachorowanie.
5. Poważne Zachorowania, które są objęte ubezpieczeniem dzielimy na 7 grup – według tabeli Grupy Poważnych Zachorowań. W tabeli tej wskazujemy również:
- a) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej za każde Poważne Zachorowanie,
 - b) Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań,
 - c) Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej.

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

- Ochronę ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
- Umowę Dodatkową można zawrzeć w jednej z dwóch wersji – dla pełnoletnich Ubezpieczonych albo dla Dzieci.

Grupy Poważnych Zachorowań			
Grupa i Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań	Poważne Zachorowanie – pełnoletni Ubezpieczeni	Poważne Zachorowanie – Dzieci	% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
Grupa 1 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 150% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej . Zajście Poważnego Zachorowania z tej grupy, za które wypłacimy świadczenie, powoduje rozwiązanie Umowy Dodatkowej i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań, nawet jeśli nie został osiągnięty Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej.	1. sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu	1. sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu	150%
	2. śpiączka nefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne	2. śpiączka nefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne	150%
	-	3. cukrzyca typu 1 (insulinozależna)	150%
	3. porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji	-	150%
	4. choroba Alzheimera powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	150%
	5. choroba Parkinsona powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne oraz Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	150%
	6. choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki	-	150%
	7. postępujące porażenie nadjędrowe prowadzące do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego	-	150%
	8. dystrofia mięśniowa powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	150%
Grupa 2 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej . Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) u osoby, która nie przeżyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW	1. infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) u osoby, która nie przeżyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW	100%
	2. pierwotna kardiomiopatia rozstrzeniowa powodująca obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 30%	-	10%
	3. operacja aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii	-	100%
	4. operacja tętnicy płucnej wykonana z otwarciem klatki piersiowej	-	100%
	5. operacja zastawek serca	-	100%
	6. pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)	-	100%
	7. pierwsza przeszkońska interwencja wieńcowa	-	10%
	8. udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%
	9. udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych	-	10%
	10. świeży zawał serca	-	100%
	11. amputacja kończyn	-	100%

Grupa 3 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%
	2. bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	-	10%
	3. operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową	1. operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową	100%
	4. uszkodzenie mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	2. uszkodzenie mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	100%
	5. wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%
	6. wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	-	10%
	7. zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	3. zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	100%
	-	4. zapalenie mózgu powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	-	5. zapalenie mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych	10%
	-	6. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	-	7. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	10%
Grupa 4 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego	1. przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego	100%
	2. oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała	2. oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała	100%
	3. schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią	3. schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią	100%
	4. ciężka niewydolność wątroby	4. ciężka niewydolność wątroby	100%
	5. schyłkowa i nieodwracalna niewydolność oddychowa wymagająca przewlekłego domowego leczenia tlenem	-	100%
	6. gruźlica pozapłucna z jednoczesnym zajęciem płuca leczona szpitalnie	-	100%
	7. choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca przynajmniej częściową resekcją jelita	-	100%
	8. toczeń rumieniowaty układowy (SLE)	-	100%
	9. twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)	-	100%
	10. wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem	-	100%
	11. wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego częściowym usunięciem	-	10%

Grupa 5 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. stwardnienie rozsiane	-	100%
	2. całkowita i nieodwracalna utrata mowy z powodów innych niż Choroba Psychiczna	-	100%
	3. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu	1. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu	100%
	4. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu	2. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu	25%
	5. wszczepienie implantu ślimakowego	3. wszczepienie implantu ślimakowego	10%
	6. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku	4. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku	100%
	7. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku	5. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku	50%
	8. tężec leczony szpitalnie	6. tężec leczony szpitalnie	100%
	9. wścieklizna leczona szpitalnie	7. wścieklizna leczona szpitalnie	100%
	10. choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	100%
Grupa 6 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania	1. nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania	100%
	2. łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	2. łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	3. łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm	3. łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm	10%
	4. usunięcie całego płuca	-	100%
	5. łagodny guz kanatu kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	4. łagodny guz kanatu kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	6. niedokrwiłość aplastyczna (aplazja szpiku)	5. niedokrwiłość aplastyczna (aplazja szpiku)	100%
Grupa 7 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości	1. nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości	10%
Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej			230%

6. Za każde Poważne Zachorowanie, które wymieniamy w tabeli Grupy Poważnych Zachorowań, świadczenie wypłacamy tylko raz w ramach pierwszej i kolejnych Umów Dodatkowych. Ograniczenie to nie dotyczy nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości o innym umiejscowieniu niż nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie. Takie samo umiejscowienie oznacza, że nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości dotyczy tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu – w przypadku narządów położonych symetrycznie.

Przykład 1

Jeśli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymała już od nas świadczenie za nowotwór złośliwy skóry w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, to nie otrzyma już świadczenia za kolejny taki nowotwór złośliwy skóry.

Przykład 2

Jeśli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymała już od nas świadczenie za nowotwór złośliwy gruczołu piersiowego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, to nie otrzyma już świadczenia za taki nowotwór złośliwy drugiego gruczołu piersiowego.

7. Jeśli na skutek jednego Poważnego Zachorowania występuje inne Poważne Zachorowanie, które zgodnie z dokumentacją medyczną jest jego bezpośrednim następstwem, to wypłacamy świadczenie tylko za to Poważne Zachorowanie, które wystąpiło jako pierwsze. Ograniczenie to nie dotyczy progresji nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, za który wypłaciliśmy 10% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, do nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, ani zmiany jego kwalifikacji na nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania. W takich przypadkach dopłacamy do % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który przewidujemy do wypłaty za nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania, nie więcej jednak niż:

- % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań

- b) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej.

Przykład:

Osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymuje diagnozę udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne i takim ubytkiem jest całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku. Z dokumentacji medycznej tej osoby wynika, że utrata wzroku w jednym oku jest bezpośrednim następstwem udaru mózgu. W takiej sytuacji Ubezpieczony otrzymuje świadczenie tylko za udar mózgu.

8. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej, jeśli Ubezpieczony umiera w wyniku Poważnego Zachorowania w ciągu:

- a) 30 dni od jego wystąpienia – w przypadku: sepsy (posocznicy) leczonej w Szpitalu, niedokrwiłości apłastycznej (apłazji szpiku), nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, operacji mózgu wykonanej z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, uszkodzenia mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego, oparzenia co najmniej 20% powierzchni ciała, śpiączki nefarmakologicznej powodującej trwałe Ubytki Neurologiczne, udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, usunięcia całego płuca,
- b) 14 dni od jego wystąpienia – w przypadku: amputacji kończyn, choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej przynajmniej częściową resekcją jelita, infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW) u osoby, która nie przeżyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW, łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, łagodnego guza kanału kręgowego leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, operacji aorty wykonanej drogą laparotomii lub torakotomii, operacji tętnicy płucnej wykonanej z otwarciem klatki piersiowej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), pierwszej przeskórnej interwencji wieńcowej, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego częściowym usunięciem, świeżego zawału serca.

9. Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje Poważne Zachorowanie spowodowane wyłącznie Nieszczęśliwym Wypadkiem.
10. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy za udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne, udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), pierwszą przeskórnią interwencję wieńcową lub świeży zawał serca, które występują w ciągu 5 lat od zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej, jeśli przed zawarciem tej umowy u Ubezpieczonego zdiagnozowano:

- a) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne lub udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych,
- b) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku pierwszej przeskórnej interwencji wieńcowej, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass) lub świeżego zawału serca.

Na podstawie danych uzyskanych w procesie oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy z Tobą i Ubezpieczonym odrębnie uzgodnić, że nie stosujemy ograniczenia naszej odpowiedzialności, które dotyczy nadciśnienia tętniczego lub cukrzycy.

W takim przypadku zniesienie ograniczenia odpowiedzialności w tym zakresie proponujemy w odrębnej korespondencji.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
- a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
- b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
- c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,

- d) gdy wystąpi Poważne Zachorowanie z grupy 1, za które wypłacimy świadczenie,
- e) gdy wystąpi Poważne Zachorowanie, za które wypłata – wraz z wypłatami za wcześniejsze Poważne Zachorowania – spowoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej,
- f) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
- g) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 72 lata lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
- a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje oraz
- b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
- a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
- b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
- c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
- a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
- b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
4. Jeśli Poważne Zachorowanie jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
- a) Wzrostu Ubezpieczonego,
- b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
- c) zakresu udzielanej przez nas ochrony ubezpieczeniowej,
- d) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Za Poważne Zachorowanie z grup 2 – 7 wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej zgodnie z tabelą Grupy Poważnych Zachorowań, nie więcej jednak niż:
- a) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań
- ani
- b) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej.

Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy. W zakresie Poważnych Zachorowań z pozostałych grup nadal obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.

2. Jeśli jako pierwsze występuje Poważne Zachorowanie z grupy 1, to wypłacamy Ubezpieczonemu 150% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia takiego Poważnego Zachorowania

wygasa ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.

3. Jeśli Poważne Zachorowanie z grupy 1 występuje jako kolejne, to wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej zgodnie z tabelą Grupy Poważnych Zachorowań, nie więcej jednak niż % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia takiego Poważnego Zachorowania wygasa ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.
4. Kwotę wypłaty obliczamy na podstawie Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia Poważnego Zachorowania. Za taki dzień wystąpienia uznajemy:
 - a) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadku: operacji aorty wykonanej drogą laparotomii lub torakotomii, operacji mózgu wykonanej z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zaotokę klinową, operacji tętnicy płucnej wykonanej z otwarciem klatki piersiowej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), pierwszej przeszłokornej interwencji wieńcowej, usunięcia całego płuca, wszczepienia implantu ślimakowego, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego częściowym usunięciem, choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej przynajmniej częściową resekcją jelita,
 - b) dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku: nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości,
 - c) dzień wykonania badania diagnostycznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy, a następnie do zalecenia przeciwnowotworowego leczenia szpitalnego Ubezpieczonego – w przypadku gruźlicy pozapłucnej z jednoczesnym zajęciem płuca leczzonej szpitalnie,
 - d) dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu, jeśli Ubezpieczony nie był na liście biorców – w przypadku przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego,
 - e) ostatni dzień okresu, który wskazujemy w definicji Poważnego Zachorowania – w przypadku całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy z powodów innych niż Choroba Psychiczna oraz porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji,
 - f) dzień uznania Ubezpieczonego za trwale i całkowicie niezdolnego do samodzielnej egzystencji – w przypadku choroby Alzheimera powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, choroby Parkinsona powodującej trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, dystrofii mięśniowej powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, uszkodzenia mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji,
 - g) dzień postawienia diagnozy, która potwierdza zgodność jednostki chorobowej z definicją Poważnego Zachorowania – w przypadku pozostałych Poważnych Zachorowań.
5. Jeśli po wystąpieniu udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, zostaną stwierdzone trwałe Ubytki Neurologiczne, jako skutek tego Poważnego Zachorowania, to za dzień wystąpienia udaru mózgu z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi, uznajemy dzień wystąpienia udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych. W takim przypadku wcześniej wypłaconą kwotę za udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych traktujemy jako część świadczenia za udar mózgu z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi. Takie zasady stosujemy również w przypadku:
 - a) bakteryjnego albo wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujących trwałe Ubytki Neurologiczne,
 - b) zapalenia mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne oraz zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powodujących trwałe Ubytki Neurologiczne.Trwałe Ubytki Neurologiczne muszą utrzymywać się po 3 albo po 6 miesiącach – w zależności od okresu, który wskazujemy w definicji odpowiedniego Poważnego Zachorowania z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi.
6. Jeśli po 3 miesiącach od wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu o średnicy co najmniej 10 mm:

- a) zostaną stwierdzone trwałe Ubytki Neurologiczne, jako skutki tego Poważnego Zachorowania, albo
- b) zostanie on usunięty neurochirurgicznie lub będzie leczony radioterapią interwencyjną,

to za dzień wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne uznajemy dzień wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu o średnicy co najmniej 10 mm. W takim przypadku wcześniej wypłaconą kwotę za łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm traktujemy jako część świadczenia za łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o zajściu Poważnego Zachorowania oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentacji medycznej z diagnostyki, rozpoznania i leczenia, w tym: kart wypisu ze szpitala, dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, wyników badań,
- d) innych dokumentów, które dotyczą Poważnego Zachorowania – na nasz wniosek.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiło:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego, a w przypadku Dziecka – także przez osoby, pod których opieką to Dziecko pozostaje,
- c) w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
- d) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
- e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- f) w związku z Wadą Wrodzoną Dziecka,
- g) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- h) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- i) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

ART. 9 JAKIE POWAŻNE ZACHOROWANIA OBEJMUJE UBEZPIECZENIE I JAKIE SĄ ICH DEFINICJE

Pojęcia, które piszemy wielką literą (w tym: Ubytek Neurologiczny, Trwała Utrata Możliwości Samodzielnej Egzystencji) zdefiniowaliśmy na początku tego dokumentu.

Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje		Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
1	amputacja kończyn – jednoczesna utrata co najmniej dwóch kończyn lub ich części w wyniku choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku: a) na poziomie stawu skokowego lub powyżej – w przypadku kończyny dolnej, b) na poziomie nadgarstka lub powyżej – w przypadku kończyny górnej	✓	-
2	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – bakteryjne zakażenie pólki mózgu, pnia mózgu, mózdzku lub opon mózgowo-rdzeniowych, które spowodowało zaburzenia funkcji mózgu i spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza bakteryjną przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania. Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog. Ubezpieczenie nie obejmuje neuroboreliozy	✓	-
3	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania	✓	-
4	całkowita i nieodwracalna utrata mowy z powodów innych niż Choroba Psychiczna – całkowita utrata funkcji mowy, którą spowodowało nieodwracalne uszkodzenie krtani lub nieodwracalne uszkodzenie ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem lub choroby innej niż Choroba Psychiczna. Całkowita utrata funkcji mowy musi utrzymywać się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Całkowitą i nieodwracalną utratę mowy stwierdza laryngolog lub neurolog	✓	-
5	całkowita i nieodwracalna utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu: a) w przypadku której średnia arytmetyczna progów słyszalności dla któregoś ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest niższa niż 80 dB, b) którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym lub leczeniem operacyjnym (także z wszczepieniem implantu ślimakowego)	✓	✓
6	całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości słyszenia jednym uchem, w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w jednym uchu stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu w jednym uchu: a) w przypadku której średnia arytmetyczna progów słyszalności dla tego ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest niższa niż 80 dB, b) którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym	✓	✓
7	całkowita i nieodwracalna utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuć światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku stwierdza okulista. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym	✓	✓
8	całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuć światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w jednym oku stwierdza okulista. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym	✓	✓
9	choroba Alzheimera powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która doprowadziła do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, w stadium Trwałej Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Alzheimera stwierdza neurolog na podstawie testów klinicznych i kwestionariuszy, które potwierdzają trwałe zaburzenia poznawcze w zapamiętywaniu, rozumowaniu oraz myśleniu abstrakcyjnym. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków otępienia ani innych uszkodzeń mózgu, do których doszło w wyniku innych chorób	✓	-
10	choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – postępująca choroba układu nerwowego, która doprowadziła do: zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej i szybko postępującego otępienia oraz zaburzenia funkcji ruchu, w stadium Trwałej Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Creutzfeldta-Jakoba stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wyników badań EEG lub badań obrazowych	✓	-
11	choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca przynajmniej częściową resekcją jelita – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, która doprowadziła do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita oraz przeprowadzenia przynajmniej częściowej resekcji jelita (cienkiego lub grubego). Rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	✓	-

Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje		Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
12	choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego lub neuronów drogi piramidowej i powoduje trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się nieprzerwanie co najmniej przez 3 miesiące i prowadzą do zaburzeń motoryki. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie: a) stwardnienie zanikowe boczne, łac. Sclerosis Lateralis Amyotrophica (SLA), b) postępujący zanik mięśni, ang. Progressive Muscular Atrophy (PMA), c) pierwotne stwardnienie boczne, ang. Primary Lateral Sclerosis (PLS), d) postępujące porażenie opuszkowe, ang. Progressive Bulbar Palsy (PBP). Chorobę neuronu ruchowego stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania.	✓	-
13	choroba Parkinsona powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Parkinsona stwierdza neurolog na podstawie trwałych Ubytków Neurologicznych, charakterystycznych dla tego Poważnego Zachorowania. Ubezpieczenie nie obejmuje innych, poza chorobą Parkinsona, przyczyn parkinsonizmu (zespołu parkinsonowskiego)	✓	-
14	ciężka niewydolność wątroby – przewlekłe i nieodwracalne stadium choroby wątroby, w przebiegu którego: a) hepatolog lub gastroenterolog stwierdził występowanie przewlekłej choroby wątroby, b) występowały co najmniej dwa z wymienionych objawów przez co najmniej 3 miesiące udokumentowanej obserwacji lekarskiej: • trwała żółtaczka, • wodobrzusze nieoddające się leczeniu, • encefalopatia wrotna, • żylaki przełyku (wystarczy jednokrotne stwierdzenie w badaniu gastroscopowym). Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia: • leków w dawce większej niż zalecana przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, • leków niezalecanych przez lekarza, które są wydawane na receptę	✓	✓
15	cukrzyca typu 1 (insulinozależna) – choroba metaboliczna, u podłoża której leży przewlekły, autoimmunologiczny proces, który doprowadził do zniszczenia komórek trzustki produkujących insulinę. Choroba ta jest leczona insuliną z uwagi na zagrożenie życia. Cukrzycę stwierdza diabetolog	-	✓
16	dystrofia mięśniowa powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, która spowodowała postępujący zanik mięśni i doprowadziła do trwałych zaburzeń ich funkcji – w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Dystrofię mięśniową stwierdza neurolog na podstawie: a) standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz b) wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków postępującego zaniku mięśni, który jest spowodowany przyczynami neurologicznymi lub naczyniowymi	✓	-
17	gruźlica pozapłucna z jednoczesnym zajęciem płuca leczona szpitalnie – zakażenie prątkiem z grupy Mycobacterium tuberculosis complex (Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis, Mycobacterium africanum) w stadium aktywnej choroby z zajęciem co najmniej jednej struktury pozapłucnej (np. opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu) oraz z jednoczesnym zajęciem płuca. W wyniku tego zakażenia zostało podjęte pełne leczenie przeciwprątkowe podczas pobytu w Szpitalu. Ubezpieczenie obejmuje także gruźlicę prosówkową. Podstawą do stwierdzenia gruźlicy są: a) objawy charakterystyczne dla aktywnej choroby, b) wyniki badań obrazowych i bakteriologicznych. Ubezpieczenie nie obejmuje: • takiego stanu, który opisany jest wyłącznie pozytywnym wynikiem skórnej próby tuberkulinowej, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe, • bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej	✓	-
18	infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW), u osoby która nie przeżyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW – zakażenie wsierdza w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, które składają się ze skrzepin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdza), stwierdzonych w obrazach echokardiograficznych, u osoby, która nie przeżyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy poprzedzających zapalenie wsierdza. Infekcyjne zapalenie wsierdza stwierdza lekarz chorób wewnętrznych lub kardiolog na podstawie dodatniego wyniku badań bakteriologicznych, które wykazują obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdza w 2 różnych posiewach	✓	✓
19	łagodny guz kanatu kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne – niezłośliwy nowotwór zlokalizowany wewnątrz kanatu kręgowego, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią interwencyjną lub który – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się dłużej niż przez 3 miesiące od dnia stwierdzenia guza. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: ziarniniaków, ropni, krwawiaków, tętniaków, guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, przepukliny krążka międzykręgowego, zmian zwyrodnieniowych, urazów kręgołupa	✓	✓

Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje		Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
20	łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią interwencyjną lub – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia stwierdzenia guza. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: guzów przysadki o średnicy poniżej 10 mm, ziarniniaków, tętniaków, krwaków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego	✓	✓
21	łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, o średnicy co najmniej 10 mm. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje krwaków, ropni, ziarniniaków ani tętniaków	✓	✓
22	niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku) – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku, która przebiega ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25%. Niedokrwistość aplastyczną (aplazję szpiku) stwierdza hematolog na podstawie występowania co najmniej 2 spośród 3 poniższych nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi: a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³, b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³, c) liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³. Ponadto Ubezpieczony musi spełnić jeden z poniższych warunków: • musi być leczony co najmniej 2 przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego w ciągu 3 kolejnych miesięcy, • otrzymywać leczenie immunosupresyjne, • poddać się przeszczepowi szpiku kostnego lub przeszczepowi komórek macierzystych krwi. Ubezpieczenie nie obejmuje przejściowej lub odwracalnej postaci niedokrwistości aplastycznej	✓	✓
23	nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych albo jest zmianą o niskim potencjale złośliwości. Ubezpieczenie obejmuje następujące nowotwory złośliwe w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości: a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą, b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, c) nowotwór gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także taki, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), d) rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM, e) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa, f) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje guzów granicznych jajnika. Ubezpieczenie nie obejmuje: • dysplazji, • zmian przedrakowych, • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarnicznych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia	✓	✓
24	nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym oraz czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje: • nowotworów, które spełniają definicję nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, • guzów granicznych jajnika w stopniu IA ani IB według klasyfikacji FIGO (fr. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne). Ubezpieczenie nie obejmuje: • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarnicznych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia	✓	✓

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
25	oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała – uszkodzenie skóry, które powstało w wyniku poparzenia 3-go stopnia i które obejmuje co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi	✓	✓
26	operacja aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej lub brzusznej (z wyłączeniem ich odgałęzień), wykonana drogą laparotomii lub torakotomii. Operacja ta polega na: a) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub b) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje operacyjnego leczenia zastawek aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji aorty, które wykorzystują mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przeszskórne operacje naprawcze, polegające na wprowadzeniu stentu albo stentgraftu do aorty	✓	-
27	operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową – operacja neurochirurgiczna mózgu, wykonana z powodu choroby, w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, na podstawie wskazań neurochirurga. Ubezpieczenie obejmuje także operacyjne otwarcie czaszki w celu usunięcia ropnia mózgu. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu, która jest wykonywana w celu diagnostyki lub leczenia nowotworu ani udaru mózgu	✓	✓
28	operacja tętnicy płucnej wykonana z otwarciem klatki piersiowej – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym lub nacięciu tętnicy i usunięciu z niej materiału zatorowego. Operacja ta jest przeprowadzana na podstawie wskazań kardiologa lub kardiochirurga. Ubezpieczenie nie obejmuje zatorów płucnych leczonych przy użyciu technik śródnaczyniowych ani środków farmakologicznych	✓	-
29	operacja zastawek serca – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu albo bez otwierania serca, która polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Operacja ta może być również wykonana przy użyciu mikrochirurgii lub kardiologicznych technik śródnaczyniowych, takich jak przeszskórna operacja naprawcza zastawek serca. Konieczność przeprowadzenia operacji stwierdza kardiolog, na podstawie wyników badań medycznych	✓	-
30	pierwotna kardiomiopatia rozstrzeniowa powodująca obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 30% – pierwotna choroba mięśnia sercowego, która prowadzi do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Kardiomiopatię rozstrzeniową stwierdza kardiolog na podstawie stwierdzenia obniżenia frakcji wyrzutowej lewej komory serca (ang. EF – Ejection Fraction) poniżej 30% w dwóch kolejnych badaniach echokardiograficznych, wykonanych w odstępie co najmniej 3 miesięcy. Ubezpieczenie nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej	✓	-
31	pierwsza przeszskórna interwencja wieńcowa – pierwszy w życiu Ubezpieczonego zabieg wewnątrznaczyniowy, który jest przeprowadzany w celu korekcy zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych. Rozległość zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych oraz fakt przeprowadzenia zabiegu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia specjalistycznego oraz w koronarografii	✓	-
32	pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass) – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczepienie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia takiej operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, stwierdza kardiolog	✓	-
33	porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn, którą spowodowały Nieszczęśliwy Wypadek lub choroba oraz która nie rokuje poprawy i występuje przez co najmniej 3 kolejne miesiące. Rozpoznanie i zakres zmian stwierdza neurolog. Ubezpieczenie nie obejmuje osłabienia siły mięśni, które przejawia się w postaci niedowładów, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych). W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje porażenia kończyn w przebiegu choroby neuronu ruchowego, stwardnienia rozsianego ani łagodnego guza kanału kręgowego	✓	-
34	postępujące porażenie nadjądrowe prowadzące do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która doprowadziła do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego. Postępujące porażenie nadjądrowe stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wystąpienia statych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy	✓	-
35	przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego – zabieg operacyjny, który następuje w stanie nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności lub choroby narządu i który jest najodpowiedniejszym sposobem leczenia. Podczas tego zabiegu Ubezpieczonemu, jako biorcy, zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka albo szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego Poważnym Zachorowaniem jest zastosowanie komórek macierzystych krwi, po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy z powodu choroby hematologicznej szpiku. Poważnym Zachorowaniem jest także fakt zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów. Ubezpieczenie nie obejmuje: a) przeszczepu innego narządu niż wymienione, b) przeszczepu wysp trzustkowych ani c) przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste, poza wyżej opisanym przypadkiem. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu szpiku kostnego w przebiegu niedokrwistości aplastycznej (apłazji szpiku) ani w przebiegu chorób innych niż hematologiczne	✓	✓

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
36	schyłkowa i nieodwracalna niewydolność oddechowa wymagająca przewlekłego domowego leczenia tlenem – schyłkowe i nieodwracalne stadium choroby płuc, które spowodowało obniżenie wydolności oddechowej, które spełnia łącznie wszystkie poniżej określone warunki: a) wymaga stosowania codziennej tlenoterapii przez co najmniej 3 miesiące z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii), potwierdzonej kwalifikacją specjalisty chorób płuc do domowego leczenia tlenem (DLT) w czasie co najmniej 15 godzin na dobę, b) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej jest niższe lub równe 55 mm Hg ($pO_2 \leq 55$ mm Hg), według wyniku badania gazometrycznego krwi tętniczej, wykonanego jako element kwalifikacji lekarskiej do domowego leczenia tlenem (DLT), c) występuje duszność spoczynkowa, gdy nie stosuje się suplementacji tlenowej w okresie domowego leczenia tlenem (DLT). Schyłkową i nieodwracalną niewydolność oddechową stwierdza pulmonolog	✓	-
37	schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią – schyłkowe stadium choroby nerek, które wyraża się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, które spowodowało rozpoczęcie przewlekłej dializoterapii. Schyłkową niewydolność nerek stwierdza nefrolog. Ubezpieczenie nie obejmuje ostrej niewydolności nerek, która wymaga jedynie okresowej dializoterapii	✓	✓
38	sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu – dysfunkcja wielonarządowa, która zagraża życiu oraz: a) jest spowodowana zaburzoną regulacją odpowiedzi ustroju na zakażenie i b) spełnia aktualne kryteria rozpoznawania sepsy wg konsensusu Sepsis-3 lub wg nowszych wytycznych, które są kontynuacją tego konsensusu i c) jest leczona w Szpitalu. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia ww. dysfunkcji narządowej spełniającej kryteria rozpoznania sepsy (wg Sepsis-3)	✓	✓
39	stwardnienie rozsiane – choroba zapalna układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami demielinizacyjnymi. Stwardnienie rozsiane stwierdza neurolog na podstawie aktualnych międzynarodowych kryteriów diagnostycznych (Kryteria McDonald). Ubezpieczenie nie obejmuje: - rozpoznanie tzw. klinicznie izolowanego zespołu CIS (ang. clinically isolated syndrome), - procesów demielinizacyjnych nie zakończonych jednoznacznym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, w tym rozpoznania prawdopodobnego stwardnienia rozsianego (ang. possible MS – possible multiple sclerosis)	✓	-
40	śpiączka niefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne – stan utraty przytomności z brakiem odruchu rogówkowego oraz brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne: a) który trwa w sposób ciągły i wymaga intubacji oraz mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia przez co najmniej 96 godzin po zakończeniu śpiączki farmakologicznej (po odstawieniu leków znieczulenia ogólnego) oraz b) którego skutkiem jest trwały Ubytek Neurologiczny, stwierdzony przez neurologa. Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia: - leków w dawce większej niż zalecana przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, - leków niezalecanych przez lekarza, które są wydawane na receptę	✓	✓
41	świeży zawał serca – ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia świeżego zawału serca jest wzrost lub spadek stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: a) objawy niedokrwienia mięśnia sercowego, b) obecność nowych niedokrwiennych zmian w elektrokardiogramie, w tym: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcięcia ST-T, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie, d) uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej, e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidocznioma badaniem angiograficznym. Ubezpieczenie nie obejmuje: - niestabilnej choroby wieńcowej, epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych, w tym ostrego zespołu wieńcowego, któremu nie towarzyszy rozpoznanie zawału serca, - zawału serca typu 3 według konsensusu z 2018 r. Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, American College of Cardiology, American Heart Association i World Heart Federation ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca, - zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów świeżego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi	✓	-
42	tężec leczony szpitalnie – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (<i>Clostridium tetani</i>). Leczenie Poważnego Zachorowania polega na dożylnym antybiotykoterapii oraz podaniu Ubezpieczonemu surowicy przeciwężcowej w czasie pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Podstawą do stwierdzenia tężca jest jeden z następujących objawów: a) bolesne skurcze mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękoscisk lub uśmiech sardoniczny), b) bolesne skurcze mięśni tułowia, c) łukowate wygięcie ciała (opistotonus). Rozpoznanie musi być także potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi	✓	✓
43	toczeń rumieniowaty układowy (SLE) – choroba autoimmunologiczna, która przebiega z typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi. Podstawą do stwierdzenia tocznia rumieniowatego układowego (SLE) są standardy medyczne opracowane przez EULAR/ACR (European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus) w 2019 r. lub ich kontynuacje. Ubezpieczenie nie obejmuje tocznia rumieniowatego układowego polekowego ani tocznia rumieniowatego krążkowego	✓	-

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
44	twardzina układowa (sklerodermia uogólniona) – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym, która przebiega z postępującym rozlanym włośnieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Podstawą do stwierdzenia twardziny układowej są standardy medyczne opracowane przez EULAR/ACR (European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus) w 2013 r. lub ich kontynuacje. Ubezpieczenie nie obejmuje: a) zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijnych stwardnień powłok lub ograniczonych plam – morphea), b) eozynofilowego zapalenia powięzi, c) zespołu CREST	✓	-
45	udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne – martwica tkanki mózgowej (również mózdzku i rdzenia przedłużonego), którą wywołuje przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej (również krwotok podpajęczynówkowy), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności: a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu, b) obecność nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania, c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: • epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA) ani odwracalnego niedokrwinnego deficytu neurologicznego (RIND), • zawału mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, • wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych, • patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki), • innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych (w tym udaru mózgu – nawet rozpoznanego w czasie pobytu w Szpitalu lub przez neurologa, ale który miał miejsce w bliżej nieokreślonej przeszłości, czyli bez wystąpienia nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu)	✓	-
46	udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania	✓	-
47	usunięcie całego płuca – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na usunięciu całego płuca. Konieczność przeprowadzenia operacji musi wynikać z choroby albo Nieszczęśliwego Wypadku. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji, która polega na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu)	✓	-
48	uszkodzenie mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, które powstało w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku i spowodowało wystąpienie trwałych Ubytków Neurologicznych oraz Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Uszkodzenie mózgu stwierdza neurolog na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: a) uszkodzenia rdzenia kręgowego, b) zaburzeń czynności lub uszkodzenia mózgu, które nie są bezpośrednim następstwem Nieszczęśliwego Wypadku lub są skutkiem choroby, w tym występującej nagle	✓	✓
49	wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – zakażenie wirusowe pólki mózgu, pnia mózgu, mózdzku lub opon mózgowo-rdzeniowych, która spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza wirusową przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania. Wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog	✓	-
50	wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania	✓	-
51	wrzodzące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, która doprowadziła do całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego. Rozpoznanie wrzodzącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	✓	-
52	wrzodzące zapalenie jelita grubego skutkujące jego częściowym usunięciem – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, która doprowadziła do chirurgicznego usunięcia części jelita grubego. Rozpoznanie wrzodzącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	✓	-
53	wszczepienie implantu ślimakowego – wszczepienie w czasie zabiegu operacyjnego urządzenia elektronicznego, które pozwala na rozpoczęcie rehabilitacji słuchu u osoby z obustronną głuchotą lub obustronnym głębokim niedosłuchem	✓	✓
54	wścieklizna leczona szpitalnie – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem Lyssa, która przebiega klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, i skutkuje zastosowaniem leczenia podczas pobytu w Szpitalu. Podstawą do stwierdzenia wścieklizny są obowiązujące kliniczne kryteria diagnostyczne i kryteria laboratoryjne, które określa Państwowy Zakład Higieny	✓	✓

Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje		Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
55	zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwio pochodnych – choroba, która wyniszcza układ immunologiczny (odpornościowy) i którą potwierdzają pozytywne wyniki 2 testów: test na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz test Western Blot lub PCR. Poważne Zachorowanie musi być spowodowane przetoczeniem krwi lub preparatów krwio pochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej: a) przetoczenie to było niezbędne z medycznego punktu widzenia, b) przetoczenie miało miejsce po zawarciu pierwszej Umowy Dodatkowej, c) serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia, d) krew lub preparaty krwio pochodne pochodzą z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia, e) Ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) ani hemofilię. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi lub preparatów krwio pochodnych, w tym przypadków, gdy do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków	✓	✓
56	zapalenie mózgu powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – zakażenie, w którym proces chorobowy obejmuje półkule mózgowe, pień mózgu lub mózdzek i które spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania. Zapalenie mózgu rozpoznaje neurolog	-	✓
57	zapalenie mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji zapalenia mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania	-	✓
58	zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – zakażenie, w którym proces chorobowy obejmuje opony mózgowo-rdzeniowe i spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog	-	✓
59	zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania	-	✓

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 101/2024 i wchodzi w życie 14 września 2024 r.

UMOWA DODATKOWA

Leczenie za granicą

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

Nasz partner, firma Further Underwriting International SLU (dalej: Further), zorganizuje i opłaci:

- Twoje leczenie za granicą, jeśli zachorujesz na nowotwór lub gdy lekarz zaleci Ci operację: pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), wymiany lub naprawy zastawki serca, neurochirurgiczną albo przeszczepu,
- podróż oraz zakwaterowanie za granicą – zarówno Twoje, jak i osoby towarzyszącej, a także dawcy (w przypadku przeszczepu).

Dodatkowo otrzymasz:

- 100 euro za każdy dzień pobytu w szpitalu (maks. za 60 dni),
- zwrot kosztów leków zaleconych po leczeniu – do 50 000 euro.

Warto wiedzieć

- Ubezpieczenie obejmuje leczenie poza granicami Polski.
- Suma ubezpieczenia wynosi **2 000 000 euro** – łącznie w pierwszej i kolejnych umowach. Do tej kwoty będą opłacone koszty związane z Twoim leczeniem.

Zwróć uwagę

Na każdym etapie leczenia pomocą będzie Ci służyć firma Further, która:

- potwierdzi z zagranicznymi specjalistami Twoją diagnozę,
- przedstawi Ci do wyboru kliniki, w których można przeprowadzić leczenie,
- zajmie się organizacją Twojego wyjazdu, pobytu za granicą oraz powrotu do kraju.

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

Zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta: **22 864 55 22**.

Jest ono czynne 24 godz. na dobę, 7 dni w tygodniu.



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „LECZENIE ZA GRANICĄ” (LZ/TZ/5/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-12 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 13-15 Art. 15 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „LECZENIE ZA GRANICĄ” (LZ/TZ/5/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Obsługi Klienta Further** – całodobowe centrum zgłoszeniowe (tel. 22 864 55 22), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne i dokumenty od Ubezpieczonego, weryfikuje jego prawo do uzyskania usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz koordynuje ich organizację. Obsługa ta odbywa się w języku polskim
2. **Certyfikat Leczenia za Granicą (Certyfikat)** – pisemna zgoda, którą wydaje Further w naszym imieniu, na pokrycie kosztów Leczenia za Granicą oraz innych usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem i wiążą się z realizacją tego leczenia. Certyfikat jest ważny przez 3 miesiące od dnia jego wystawienia
3. **Dawca** – żywa osoba, od której są pobierane komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu
4. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
5. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu – od dnia rejestracji do dnia wypisu włącznie
6. **Ekspert** – lekarz, który praktykuje poza Polską i jest uznawany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym danej specjalizacji. Wybór Eksperta następuje z uwzględnieniem specyfiki schorzenia Ubezpieczonego
7. **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii (adres: Calle Paseo Recoletos 12, 28001 Madryt), za pośrednictwem którego zapewniamy organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, w tym nadzór nad procesem leczenia Ubezpieczonego
8. **Inżynieria Tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi
9. **Leczenie Alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej, w tym akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna
10. **Leczenie Eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które są w trakcie badań lub testów, niezależnie od tego, na jakim etapie są te badania lub testy
11. **Leczenie za Granicą** – leczenie Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego, które:
 - a) odbywa się poza Polską, w Placówce Medycznej wybranej przez Ubezpieczonego spośród co najmniej 3 placówek rekomendowanych przez Further oraz
 - b) jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, tj.:
 - jest zalecane w celu leczenia Poważnego Stanu Chorobowego lub poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego i
 - jest uznawane za najbardziej efektywny w poprawie wyników zdrowotnych – zarówno od strony medycznej, jak

i kosztowej – sposób leczenia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną na temat danego Poważnego Stanu Chorobowego.

Oceny, czy leczenie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, dokonuje Further, z uwzględnieniem zakresu ubezpieczenia, rekomendacji Eksperta z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej oraz we współpracy z lekarzem prowadzącym Leczenie za Granicą, zgodnie z literaturą medyczną (w tym: NCCN – platforma współpracy 30 wiodących instytucji onkologicznych w USA oraz PubMed – angielskojęzyczna wyszukiwarka danych medycznych)

12. **Lek** – substancja lub połączenie substancji, które lekarz prowadzący Leczenie za Granicą przepisuje Ubezpieczonemu i które są stosowane, aby:

- a) przywrócić, poprawić lub zmodyfikować funkcje fizjologiczne organizmu Ubezpieczonego lub
- b) pomóc w postawieniu diagnozy Ubezpieczonemu.

Lek musi być wydawany na receptę i dopuszczony do obrotu w danym kraju. Recepta na Lek jest ważna także dla zamiennika tego Leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu

13. **Moduł Ochrony** – jeden z 4 modułów, które wskazujemy w definicji Poważnego Stanu Chorobowego. Leczenie Poważnych Stanów Chorobowych w ramach Modułów Ochrony 2, 3 i 4 odbywa się wtedy, gdy choroba, która je spowodowała jest inna niż nowotwór. Leczenie nowotworów odbywa się w ramach Modułu Ochrony 1
14. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:

- a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
- b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
- c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową

15. **Okres Realizacji Świadczeń** – okres 36 miesięcy, który ustalamy odrębnie dla każdego Modułu Ochrony. Okres ten rozpoczyna się od pierwszego dnia pierwszej podróży Ubezpieczonego, którą organizuje Further na podstawie Certyfikatu dla pierwszego Poważnego Stanu Chorobowego z danego Modułu Ochrony. W okresie tym zapewniamy organizację i realizację wszystkich usług i świadczeń dla wszystkich Poważnych Stanów Chorobowych objętych ubezpieczeniem w tym Module Ochrony, o ile nadal obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej lub nie wskazujemy inaczej w tym dokumencie
16. **Operacja** – każdy zabieg lub procedura medyczna o charakterze inwazyjnym, które są wykonywane w celu diagnostycznym lub terapeutycznym, w sali operacyjnej Szpitala, przez chirurga lub pod jego nadzorem
17. **Opieka Medyczna po Leczeniu za Granicą** – badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe Ubezpieczonego, które są organizowane przez lekarza, który posiada specjalistyczną wiedzę o chorobie Ubezpieczonego. Opieka ta odbywa się na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą i w zakresie, który ten lekarz wskazuje. Zalecenia te dotyczą typów procedur diagnostycznych oraz odstępów czasowych, w których powinny zostać wykonane.

Celem tej opieki jest ustalenie, czy Ubezpieczony może w przyszłości cierpieć na poważną chorobę oraz zapobieganie Poważnym Stanom Chorobowym lub ich nawrotom, gdy nie występują żadne objawy Poważnego Stanu Chorobowego

18. **Osoba Towarzysząca** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony i którą towarzyszy mu w czasie Leczenia Za Granicą lub w czasie podróży do i z Placówki Medycznej
19. **Placówka Medyczna** – prywatny albo publiczny podmiot leczniczy (Szpital, przychodnia, gabinet lekarski), który:
 - a) działa poza Polską, zgodnie z przepisami prawa miejscowego, i
 - b) świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki oraz leczenia i
 - c) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
20. **Pobyt w Szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, który trwa co najmniej 1 dzień i odbywa się w ramach Leczenia za Granicą
21. **Poważny Stan Chorobowy** – stan chorobowy, który wskazujemy poniżej, z uwzględnieniem podziału na 4 Moduły Ochrony:

- a) **Moduł Ochrony 1: nowotwór**, który wystąpił po raz pierwszy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego i w czasie tej ochrony spełnia warunki zawarte w definicji tego Poważnego Stanu Chorobowego, która znajduje się na końcu tego dokumentu,
- oraz
- b) **Moduł Ochrony 2: zabieg sercowo-naczyniowy** – pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), operacja zastawki serca,
- c) **Moduł Ochrony 3: zabieg neurochirurgiczny**,
- d) **Moduł Ochrony 4: przeszczep** – przeszczep narządów, przeszczep szpiku kostnego,

pod warunkiem, że zarówno rozpoznanie choroby, która powoduje konieczność przeprowadzenia zabiegu sercowo-naczyniowego, zabiegu neurochirurgicznego lub przeszczepu, jak i sama konieczność przeprowadzenia tego zabiegu lub przeszczepu, występują po raz pierwszy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego i w czasie tej ochrony spełniają warunki zawarte w definicji tego Poważnego Stanu Chorobowego, która znajduje się na końcu tego dokumentu

22. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, jaką możesz wykorzystać jako świadczenie ubezpieczeniowe na pokrycie kosztów Leczenia za Granicą oraz innych usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem i wiążą się z realizacją tego leczenia
23. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, izolatorium, ośrodek pomocy społecznej, dom opieki, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypożyczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
24. **Terapia Genowa** – postępowanie, które dotyczy genów powodujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, nowotworów albo chorób przewlekłych)
25. **Terapia Komórkami Somatycznymi** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub procedury użycia komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom
26. **Terapia Limfocytami CAR-T** (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi) – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w specjalnym laboratorium tak, by były w stanie znaleźć i zaatakować komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta
27. **Transport Medyczny** – transport Ubezpieczonego ambulansem naziemnym lub powietrznym, który jest niezbędny z medycznego punktu widzenia. Transport ten zatwierdza i organizuje Further
28. **Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Główniej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie i która:
 - a) mieszka na stałe w Polsce i
 - b) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat
29. **Zagraniczna Druga Opinia Medyczna** – opinia, którą sporządza Ekspert na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego. Opinia ta zawiera:
 - a) weryfikację wcześniej postawionej diagnozy,
 - b) propozycję optymalnego planu leczenia

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego.
3. Jeśli wystąpi Poważny Stan Chorobowy, to zapewniamy dostęp do Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej. Następnie jeśli są spełnione warunki, które wskazujemy w definicji Leczenia za Granicą i Poważny Stan Chorobowy jest objęty ubezpieczeniem w tej Umowie Dodatkowej, to zapewniamy:
 - a) organizację i pokrycie kosztów Leczenia za Granicą,
 - b) organizację i pokrycie kosztów:
 - podróży Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej (lub 2 Osób Towarzyszących w przypadku Dziecka) lub Dawcy, do Placówki Medycznej, która jest wskazana w Certyfikacie oraz podróży powrotnej,
 - Transportu Medycznego Ubezpieczonego,
 - zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej (lub 2 Osób Towarzyszących w przypadku Dziecka) lub Dawcy w hotelu,
 - c) wypłatę Ubezpieczonemu pieniędzy za każdy Dzień Pobytu w Szpitalu,
 - d) organizację i pokrycie kosztów Pobytu w Szpitalu Dawcy,

- e) przewiezienia ciała Ubezpieczonego lub Dawcy do Polski – w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Dawcy w czasie Leczenia za Granicą,
- f) po Leczeniu za Granicą:
 - pokrycie kosztów Leków,
 - Opiekę Medyczną po Leczeniu za Granicą, która zgodnie z wyborem Ubezpieczonego może być realizowana za granicą albo w Polsce,

do wysokości Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

Szczegółowe zasady korzystania z usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie oraz informacje o kosztach, które pokrywamy w ramach ubezpieczenia, znajdziesz w dalszej części tego dokumentu.

4. Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej jest równa 2 000 000 euro – łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych.
5. W ramach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej obowiązują następujące limity:

Rodzaj wypłaty	Limit
Pobyt w Szpitalu	Maksymalnie 6000 euro: • 100 euro za 1 Dzień Pobytu w Szpitalu, • wypłata maksymalnie za 60 Dni Pobytu w Szpitalu w czasie leczenia jednego Poważnego Stanu Chorobowego
Pokrycie kosztów Leków po Leczeniu za Granicą	Maksymalnie 50 000 euro łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych.

6. Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej podajemy w euro. Wszystkie koszty poniesione w walucie innej niż euro przeliczamy na euro. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
7. Każdy koszt, który pokrywamy w ramach Umowy Dodatkowej dla Ubezpieczonego, Dawcy lub Osoby Towarzyszącej, pomniejsza Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
8. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie usługi i świadczenia, które są:
 - a) organizowane i realizowane za pośrednictwem Further i po wystawieniu Certyfikatu, z wyjątkiem Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, która jest przygotowywana przed wystawieniem Certyfikatu,
 - b) realizowane wyłącznie w Placówkach Medycznych rekomendowanych przez Further, poza Polską, z wyjątkiem:
 - Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą – jeśli zgodnie z wyborem Ubezpieczonego jest realizowana w Polsce, i
 - zakupu Leków w Polsce po Leczeniu za Granicą,
 - c) wykonywane w Okresie Realizacji Świadczeń dla danego Modułu Ochrony – Further każdorazowo sprawdza dotychczasowe wykorzystanie tego okresu i informuje Ubezpieczonego o okresie, który pozostał do wykorzystania.
9. Jeśli nie dochodzi do zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej z innej przyczyny niż Twoje wypowiedzenie lub rezygnacja z zawarcia tej umowy na kolejny okres, a:
 - a) Ubezpieczony jest w trakcie Leczenia za Granicą, to Further organizuje i realizuje usługi i świadczenia maksymalnie do końca Okresu Realizacji Świadczeń, lub
 - b) w czasie, gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej, zdiagnozowano u niego Poważny Stan Chorobowy, to Further organizuje i realizuje usługi i świadczenia z danego Modułu Ochrony maksymalnie przez 36 miesięcy od rozwiązania Umowy Dodatkowej.
10. Jeśli Okres Realizacji Świadczeń kończy się, gdy Ubezpieczony jest w trakcie Leczenia za Granicą, to Further pokrywa koszty związane z tym leczeniem do najbliższego – zgodnie z planem leczenia – powrotu Ubezpieczonego do Polski.
11. Za dzień wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego uznajemy:
 - a) dzień wykonania badania histopatologicznego (oceny mikroskopowej wykonywanej przez specjalistę histopatologii), którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku nowotworu; jeśli nie jest możliwe pobranie materiału do badania histopatologicznego, to za dzień wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego uznajemy dzień wykonania badania fizykalnego, laboratoryjnego lub obrazowego, które było podstawą do postawienia wstępnej diagnozy nowotworu,
 - b) dzień, w którym Ubezpieczony po raz pierwszy otrzymał pisemne zalecenie wykonania zabiegu operacyjnego od lekarza odpowiedniej specjalności – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), operacji zastawki serca, zabiegu neurochirurgicznego,

- c) dzień, w którym Ubezpieczony po raz pierwszy otrzymał pisemne zalecenie wykonania przeszczepu od lekarza odpowiedniej specjalności – w przypadku przeszczepu narządów i przeszczepu szpiku kostnego.
- 12. Ubezpieczony może korzystać z usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie w okresie, który wskazujemy w Dokumentcie Ubezpieczenia.
- 13. Jeśli spóźnisz się z płatnościami Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zapłacisz wymaganą Składkę. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do usług i świadczeń.
- 14. Ubezpieczenie nie obejmuje:
 - a) nowotworu ani zmian chorobowych, które wskazują na jego wystąpienie (niezależnie od terminu postawienia ostatecznej diagnozy nowotworu) ani
 - b) Poważnych Stanów Chorobowych innych niż nowotwór i choroby, które są ich przyczyną,
 jeżeli te Poważne Stany Chorobowe, choroby lub zmiany chorobowe wystąpiły, zostały stwierdzone w badaniach obrazowych lub w materiale tkankowym pobranym do analizy, lub były leczone w ciągu 90 dni po dniu, w którym zawierasz pierwszą Umowę Dodatkową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej.
 Jeżeli przyczyną Poważnego Stanu Chorobowego jest Nieszczęśliwy Wypadek, to ubezpieczenie obejmuje taki Poważny Stan Chorobowy także w ciągu tych pierwszych 90 dni.
- 15. Ubezpieczenie nie obejmuje także:
 - a) leczenia długotrwałych skutków ubocznych, które wynikają z Poważnego Stanu Chorobowego lub jego leczenia,
 - b) leczenia Poważnych Stanów Chorobowych innymi metodami, w tym alternatywnymi metodami leczenia, jeśli najbardziej efektywnym sposobem leczenia jest przeszczep w ramach Modułu Ochrony 4,
 - c) łagodzenia objawów chorób przewlekłych lub rehabilitacji (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej, terapii językowej i mowy), które wynikają z Poważnego Stanu Chorobowego lub jego leczenia,
 - d) terapii psychiatrycznej lub psychoterapii,
 - e) organizacji i pokrycia kosztów Leczenia za Granicą, jeśli Ubezpieczony nie otrzymuje wizy do kraju, w którym ma siedzibę Placówka Medyczna.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie wykorzystana Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - e) gdy zostaną wykorzystane Okresy Realizacji Świadczeń dla wszystkich 4 Modułów Ochrony,
 - f) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - g) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli:
 - a) Ubezpieczony wykorzystał Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub Okresy Realizacji Świadczeń dla wszystkich 4 Modułów Ochrony lub
 - b) którakolwiek ze stron – Ty albo my – poinformuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać z Leczenia za Granicą, to ma obowiązek:

- a) skontaktować się z Centrum Obsługi Klienta Further oraz zapewnić bezpłatny dostęp do swojej dokumentacji medycznej, która znajduje się w jego posiadaniu lub w posiadaniu lekarzy, Szpitali lub innych Placówek Medycznych odpowiedzialnych za leczenie Ubezpieczonego do dnia zgłoszenia, w zakresie niezbędnym do ustalenia

- historii medycznej Poważnego Stanu Chorobowego oraz organizacji Leczenia za Granicą,
- b) odpowiedzieć na pytania konsultanta Further, które dotyczą stanu zdrowia i wypełnić otrzymane z Further formularze,
- c) wybrać Placówkę Medyczną, w której chce skorzystać z leczenia – spośród placówek, które rekomenduje Further; jeśli Ubezpieczony nie dokona tego wyboru lub nie rozpocznie leczenia w wybranej Placówce Medycznej w ciągu 3 miesięcy od daty wystawienia Certyfikatu, to Further wystawia nowy Certyfikat, na podstawie aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- d) współpracować z Further w zakresie organizacji i realizacji procesu leczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od wieku Ubezpieczonego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 W JAKI SPOSÓB ZAPEWNIAMY DOSTARCZENIE ZAGRANICZNEJ DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ

1. Ubezpieczony, aby skorzystać z możliwości uzyskania Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, powinien jak najszybciej zgłosić Further zdiagnozowanie u niego Poważnego Stanu Chorobowego.
2. Aby uzyskać tę opinię i rozważyć skorzystanie z Leczenia za Granicą, Ubezpieczony:
 - a) kontaktuje się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Further i podaje swoje dane:
 - imię, nazwisko i adres,
 - numer polisy, która potwierdza zawarcie Umowy,
 - kontaktowy numer telefonu,
 - datę zdiagnozowania Poważnego Stanu Chorobowego,
 - b) wypełnia formularze, które otrzymuje z Further lub odpowiada na pytania konsultanta dotyczące stanu zdrowia,
 - c) dostarcza do Centrum Obsługi Klienta Further wypełnione formularze oraz zgromadzoną dokumentację medyczną.
3. Further w ramach tej usługi:
 - a) przekazuje Ubezpieczonemu informacje o dokumentacji medycznej, która jest potrzebna do przygotowania Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej,
 - b) zapewnia ponowną ocenę histopatologiczną tkanek, które zostały wcześniej pobrane od Ubezpieczonego – jeśli jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia,
 - c) przygotowuje tłumaczenie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego na język Eksperta,
 - d) przekazuje dokumentację Ekspertowi,
 - e) przekazuje Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną Ubezpieczonemu.
4. Ubezpieczony otrzymuje Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną w języku polskim – w ciągu 30 dni od dostarczenia wszystkich wymaganych przez Further informacji medycznych i dokumentacji medycznej.
 Jeżeli w tym okresie nie jest możliwe przygotowanie tej opinii ze względu na konieczność uzyskania dodatkowych informacji medycznych, to Zagraniczna Druga Opinia Medyczna zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie jest możliwe.
5. Do jednego Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego Further przygotowuje jedną Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną.
6. Further informuje Ubezpieczonego, jak skorzystać z pozostałych usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie.
7. Ubezpieczony może zrezygnować z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej. W takiej sytuacji sposób leczenia Poważnego Stanu Chorobowego ustala Further zgodnie z aktualną wiedzą medyczną na temat tego Poważnego Stanu Chorobowego.
8. Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, to usługa ta musi być zrealizowana przed wystawieniem Certyfikatu.

ART. 7 JAKIE KOSZTY PODRÓŻY LUB TRANSPORTU MEDYCZNEGO SĄ OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

1. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) koszty podróży Ubezpieczonego, Dawcy lub Osoby Towarzyszącej poza granice Polski i z powrotem,
 - b) Transport Medyczny Ubezpieczonego.

2. Jeśli Ubezpieczony nie ukończył 18 lat, Further pokrywa koszty podróży dwóch Osób Towarzyszących.
3. Jeśli Ubezpieczony ukończy 18 lat przed powrotem do Polski, to Further organizuje podróż powrotną dla obu Osób Towarzyszących. W przypadku kolejnych wyjazdów tego Ubezpieczonego Further pokrywa koszty podróży jednej Osoby Towarzyszącej.
4. Podróż organizuje Further – na podstawie Certyfikatu i planu leczenia.
5. Ubezpieczony otrzymuje Certyfikat i plan leczenia w ciągu 30 dni od dostarczenia wszystkich wymaganych przez Further informacji medycznych i dokumentacji medycznej. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wystawienie Certyfikatu i przygotowanie planu leczenia, to Further wystawia ten Certyfikat i ustala plan leczenia w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jest to możliwe.
6. Further nie pokrywa kosztów podróży samodzielnie poniesionych przez Ubezpieczonego ani inne osoby w jego imieniu.
7. Further wybiera rodzaj transportu z uwzględnieniem stanu zdrowia Ubezpieczonego.
8. Podróż – z wyjątkiem przypadków, w których jest wymagany Transport Medyczny – odbywa się pociągiem lub samolotem, w klasie ekonomicznej.
9. Termin wyjazdu Further ustala w taki sposób, aby Ubezpieczony miał czas na wykonanie czynności niezbędnych przed Leczeniem za Granicą.
10. Koszty podróży Ubezpieczonego, Dawcy i Osoby Towarzyszącej obejmują:
 - a) transport z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w Polsce do wyznaczonego lotniska albo międzynarodowej stacji kolejowej, a następnie do wyznaczonego hotelu albo Placówki Medycznej oraz
 - b) transport z hotelu albo Placówki Medycznej do wyznaczonego lotniska albo międzynarodowej stacji kolejowej, a następnie do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w Polsce.
11. Jeżeli Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego lub bez uzgodnienia z Further, zmienia terminy podróży, to ma obowiązek zwrócić koszty organizacji i zapewnienia usług i świadczeń, które poniosło Further w wyniku tej zmiany.
12. Ubezpieczenie nie obejmuje przejazdów Ubezpieczonego między hotelem a Placówką Medyczną w czasie Leczenia za Granicą.
13. Termin powrotu Ubezpieczonego lub Dawcy do Polski ustala Further w porozumieniu z lekarzem prowadzącym leczenie – po zakończeniu tego leczenia i gdy stan zdrowia danej osoby pozwala na podróż.

ART. 8 JAKIE KOSZTY ZAKWATEROWANIA OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

1. Ubezpieczenie obejmuje zakwaterowanie Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej lub Dawcy (w przypadku konieczności wykonania przeszczepu narządu lub szpiku kostnego) w hotelu o standardzie trzy- lub czterogwiazdkowym:
 - a) w pokoju dwuosobowym,
 - b) ze śniadaniem.
 Podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe, także na koszt Ubezpieczonego.
2. Jeśli Ubezpieczony nie ukończył 18 lat, Further pokrywa takie koszty zakwaterowania dla dwóch Osób Towarzyszących. Jeśli Ubezpieczony ukończy 18 rok życia przed powrotem do Polski, to Further pokrywa koszty zakwaterowania tych dwóch Osób Towarzyszących do czasu tego powrotu. W przypadku kolejnych wyjazdów tego Ubezpieczonego Further pokrywa zakwaterowania jednej Osoby Towarzyszącej.
3. O wyborze hotelu decyduje Further na podstawie dostępności pokoi oraz odległości od Placówki Medycznej lub lekarza prowadzącego – odległość ta nie może być większa niż 10 km.
4. Further rezerwuje hotel na okres, który wynika z planu leczenia i zmienia rezerwację, jeśli taka potrzeba wynika z przebiegu leczenia.
5. Ustalenia dotyczące zakwaterowania muszą zostać potwierdzone przez Further.
6. Jeżeli Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego lub bez uzgodnienia z Further, zmienia lokalizację zakwaterowania, to ma obowiązek zwrócić koszty organizacji i zapewnienia usług i świadczeń, które poniosło Further w wyniku tej zmiany.
7. Ubezpieczenie nie obejmuje:
 - a) kosztów dodatkowych posiłków,
 - b) innych kosztów związanych z pobytem w hotelu.

ART. 9 JAKIE KOSZTY POBYTU W SZPITALU OBEJMUJE UBEZPIECZENIE W CZASIE LECZENIA ZA GRANICĄ

1. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) koszty związane z zakwaterowaniem i wyżywieniem:
 - zakwaterowanie Ubezpieczonego w Szpitalu, które wynika z planu leczenia, oraz dodatkowe łóżko dla Osoby Towarzyszącej – jeśli Szpital zapewnia taką usługę,
 - posiłki Ubezpieczonego, które są standardowo oferowane przez Szpital.
 - b) koszty związane z leczeniem Poważnego Stanu Chorobowego:
 - opieka lekarska, pielęgniarska oraz opieka pozostałego personelu medycznego w każdym oddziale Szpitala, w którym – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego i ze względu na przebieg leczenia – jest konieczne leczenie oraz w ambulatorium, zgodnie z zasadami pracy Szpitala,
 - inne usługi szpitalne, w tym usługi, które świadczy przychodnia przyszpitalna, także wtedy, gdy nie jest konieczny Pobyt w Szpitalu,
 - badania laboratoryjne i diagnostyczne, które są wymagane do przygotowania leczenia lub w jego trakcie i są wykonywane przez lekarza albo pod jego nadzorem, w tym: badania rentgenowskie (RTG) i tomografia komputerowa (CT), badania elektrokardiograficzne (EKG), elektroencefalograficzne (EEG) i ultrasonograficzne (USG), badania z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, mikroskopowe badanie szpiku kostnego (mielogram), echokardiografia, angiografia, rezonans magnetyczny (MRI),
 - znieczulenie, jego podanie przez wykwalifikowanego anestezjologa oraz opieka anestezjologiczna przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia,
 - korzystanie z sal operacyjnych oraz zabiegi operacyjne,
 - chirurgia rekonstrukcyjna, która polega na odbudowie lub naprawie struktury w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej w trakcie Leczenia za Granicą,
 - transfuzje krwi, podawanie osocza i surowicy,
 - podawanie tlenu, roztworów dożylnych i zastrzyków,
 - leczenie metodami radioterapii, chemioterapii oraz leczenia lub diagnostyka z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych,
 - leczenie powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie Leczenia za Granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub w innej Placówce Medycznej i są niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu Leczenia za Granicą,
 - Leki i środki opatrunkowe, które są używane w Placówce Medycznej,
 - Leki i środki opatrunkowe, które przepisuje lekarz prowadzący po leczeniu operacyjnym i które Ubezpieczony kupuje w ciągu 30 dni od opuszczenia Placówki Medycznej, a przed powrotem do Polski (zwracamy Ubezpieczonemu równowartość tych kosztów w taki sam sposób jak koszty Leków kupionych w Polsce),
 - Transport Medyczny Ubezpieczonego, usługi tłumacza medycznego, w Szpitalu lub Placówce Medycznej; tłumacz posługuje się tym samym językiem co Ubezpieczony.
2. Jeśli z powodu siły wyższej, ograniczeń logistycznych lub operacyjnych, które ogtaszają władze lokalne lub międzynarodowe, występują utrudnienia, które uniemożliwiają Further zorganizowanie i przeprowadzenie Leczenia za Granicą, to Further w Polsce organizuje usługi i świadczenia opisane w tym artykule (z wyłączeniem świadczeń realizowanych lub finansowanych przez publiczną służbę zdrowia), o ile:
 - a) te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie uniemożliwiają organizacji tych usług i świadczeń w Polsce,
 - b) istnieje możliwość realizacji równoważnego leczenia w Polsce. Usługi i świadczenia będą realizowane w Polsce do czasu, gdy Further będzie w stanie potwierdzić i zorganizować Leczenie za Granicą, a stan zdrowia Ubezpieczonego będzie umożliwiał kontynuację leczenia poza Polską.

ART. 10 ILE PIENIĘDZY I W JAKI SPOSÓB OTRZYMUJE UBEZPIECZONY ZA POBYT W SZPITALU

1. Jeśli Ubezpieczony spędza w Szpitalu przynajmniej 1 dzień, to otrzymuje 100 euro za każdy dzień Pobytu w Szpitalu.

2. Further wypłaca pieniądze na rachunek bankowy Ubezpieczonego, w ciągu 7 dni po każdym zakończonym tygodniu Pobytu w Szpitalu.

ART. 11 JAKIE KOSZTY ZWIĄZANE Z POBYTEM W SZPITALU DAWCY OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Ubezpieczenie obejmuje:

- a) koszty związane z zakwaterowaniem i wyżywieniem:
 - zakwaterowanie Dawcy w Szpitalu,
 - posiłki Dawcy, które są standardowo oferowane przez Szpital;
- b) koszty związane z przeszczepem:
 - postępowanie sprawdzające, czy dana osoba, wskazana jako potencjalny Dawca spośród członków rodziny Ubezpieczonego, może być Dawcą,
 - opieka przedoperacyjna,
 - opieka lekarska, pielęgniarska i pozostałego personelu medycznego podczas Pobytu w Szpitalu i w ambulatorium – zgodnie z zasadami pracy Szpitala,
 - badania laboratoryjne i diagnostyczne zlecone przez lekarza,
 - Leki i środki opatrunkowe,
 - operacja pobrania narządu, części narządu lub szpiku kostnego dla Ubezpieczonego,
 - opieka pooperacyjna,
 - leczenie powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie Leczenia za Granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w warunkach klinicznych i są niezbędne, żeby Dawca mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu procedury przeszczepu.

ART. 12 JAKIE KOSZTY ZWIĄZANE Z PRZEWIEZIENIEM CIAŁA UBEZPIECZONEGO LUB DAWCY DO POLSKI OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Jeśli w czasie Leczenia za Granicą umiera Ubezpieczony lub w przypadku przeszczepu – Dawca, to ubezpieczenie obejmuje:

- a) formalności administracyjne zakładu pogrzebowego, który oferuje usługi międzynarodowe,
- b) koszty zakupu trumny przewozowej oraz przygotowania ciała do transportu,
- c) koszty transportu ciała do miejsca pochówku w Polsce.

ART. 13 JAKĄ OPIEKĘ I JAKIE KOSZTY OBEJMUJE UBEZPIECZENIE PO LECZENIU ZA GRANICĄ

1. Further potwierdza Ubezpieczonemu zakończenie Leczenia za Granicą, gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego, z medycznego punktu widzenia, nie jest już konieczne dalsze leczenie w Placówce Medycznej.
2. Przed powrotem do Polski Ubezpieczony otrzymuje:
 - a) dokumentację medyczną z Leczenia za Granicą i
 - b) indywidualne zalecenia lekarza prowadzącego to leczenie, które dotyczą Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą.Dokumentacja ta na wniosek Ubezpieczonego może zostać przetłumaczona na język polski.

Jeśli Ubezpieczony nie otrzymał przetłumaczonej dokumentacji przed powrotem do Polski, to otrzymuje dokumentację w języku angielskim albo w języku urzędowym kraju, w którym znajduje się Placówka Medyczna. Tłumaczenie na język polski Ubezpieczony otrzymuje w uzgodnionym z Further terminie i w uzgodniony sposób, po powrocie do kraju.
3. Further organizuje Opiekę Medyczną po Leczeniu za Granicą, gdy otrzyma wniosek Ubezpieczonego o taką opiekę.
4. Zgodnie z wyborem Ubezpieczonego Opieka Medyczna po Leczeniu za Granicą może się odbyć:
 - a) za granicą – z udziałem lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą lub jego zespołu; w tym przypadku Further organizuje tę opiekę i pokrywa koszty z nią związane, na zasadach obowiązujących w przypadku leczenia Poważnego Stanu Chorobowego – z uwzględnieniem podróży i zakwaterowania;
 - b) w Polsce – w tym przypadku Ubezpieczony organizuje tę opiekę we własnym zakresie, na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą oraz ponosi jej koszty. Further zwraca Ubezpieczonemu poniesione wydatki na podstawie: wniosku o zwrot kosztów, recept i rachunków lub innych dowodów poniesienia wydatków.

Rachunki za Opiekę Medyczną po Leczeniu za Granicą, która odbywa się w Polsce, powinny być dostarczone do Further w ciągu 180 dni od dnia, w którym Ubezpieczony ponosi te wydatki.

5. Ubezpieczony może skorzystać z Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą w Polsce, gdy opieka ta:
 - a) jest dostępna w naszym kraju i
 - b) jest wykonywana zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą i we wskazanym przez niego zakresie – jako niezbędna kontynuacja leczenia,
 - c) jest wykonywana w jednym ze Szpitali, które wybiera Further.
6. Zmiana zaleceń, które dotyczą Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą i zostały wydane przez lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą, jest możliwa:
 - a) ze względu na zmianę stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) na podstawie opinii lekarza, który prowadzi tę opiekę w Polsce.Zmiana taka musi zostać zatwierdzona przez Further, a zwrot wydatków następuje na podstawie nowych zaleceń, które dotyczą Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą. Aby uzyskać zgodę Further na zmianę zaleceń, Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Further.
7. Jeśli koszty Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą zostały sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia, to Ubezpieczony zaznacza taką informację we wniosku o zwrot kosztów. Further nie zwraca części kosztów finansowanych przez publiczną służbę zdrowia.
8. Further zwraca uzasadnione koszty do wysokości, w jakiej zostały poniesione, nie więcej jednak niż średnią cenę rynkową danego rodzaju badania diagnostycznego, profilaktycznego lub przesiewowego w Polsce.
9. Jeśli po Leczeniu za Granicą i powrocie Ubezpieczonego do Polski:
 - a) stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga ponownej oceny i
 - b) nadal obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,to może on wnioskować o taką ponowną ocenę.
10. Jeśli Further stwierdzi, że dalsze leczenie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, to wystawia nowy Certyfikat. Organizacja i realizacja kolejnego Leczenia za Granicą odbywa się według takich samych zasad jak w przypadku pierwszego Leczenia za Granicą.

ART. 14 JAKIE KOSZTY LEKÓW OBEJMUJE UBEZPIECZENIE PO LECZENIU ZA GRANICĄ

1. Jeśli Ubezpieczony korzysta z Leczenia za Granicą i Pobyt w Szpitalu trwa co najmniej 3 dni, to ubezpieczenie obejmuje zwrot kosztów Leków, które:
 - a) zaleca lekarz prowadzący w trakcie Leczenia za Granicą jako niezbędną kontynuację leczenia, a następnie (na podstawie tych zaleceń) przepisuje lekarz w Polsce; dawka Leku z każdej recepty pozwala na przyjmowanie tego Leku przez okres nie dłuższy niż 2 miesiące,
 - b) są dostępne w Polsce w czasie, w którym są niezbędne do kontynuacji leczenia,
 - c) wydaje licencjonowany farmaceuta,
 - d) Ubezpieczony kupuje w Polsce i przedstawia dokumenty potwierdzające ten fakt.
2. Further zwraca Ubezpieczonemu poniesione koszty na podstawie: wniosku o zwrot kosztów, recept i rachunków lub innych dowodów poniesienia wydatków. Dokumenty te Ubezpieczony powinien przedstawić w ciągu 180 dni od zakupu.
3. Further zwraca uzasadnione koszty w wysokości, w jakiej zostały poniesione, nie więcej niż średnią cenę rynkową danego Leku w Polsce.
4. Jeśli koszty Leku zostały sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia, to Ubezpieczony zaznacza taką informację we wniosku o zwrot kosztów. Further nie zwraca części kosztów finansowanych przez publiczną służbę zdrowia.
5. Jeśli lek, który zaleca lekarz prowadzący w trakcie Leczenia za Granicą jako niezbędną kontynuację leczenia, nie jest dopuszczony do obrotu albo nie jest dostępny w Polsce, to Further finansuje zakup tego leku za granicą. W takim przypadku Further pokrywa również koszty podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego, na zasadach obowiązujących w przypadku leczenia Poważnego Stanu Chorobowego.
6. Ubezpieczenie nie obejmuje:
 - a) kosztów podania Leków ani
 - b) zwrotu kosztów zakupu Leków, które są dostępne bez recepty.

ART. 15 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE POKRYWAMY KOSZTÓW LECZENIA ZA GRANICĄ LUB INNYCH USŁUG I ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą ani kosztów innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Poważny Stan Chorobowy Ubezpieczonego następuje:
 - a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
 - b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego, a w przypadku Dziecka – także przez osoby, pod których opieką to Dziecko pozostaje, zaleceń lekarskich lub odmową poddania się zaleconemu leczeniu lub badaniom diagnostycznym, co uniemożliwia potwierdzenie ostatecznej diagnozy, planu leczenia lub przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - d) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
 - e) w wyniku AIDS lub HIV ani jeśli Poważny Stan Chorobowy współistnieje z AIDS lub HIV,
 - f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - g) w wyniku epidemii, którą ogłaszają władze państwowe.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą ani kosztów innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli:
 - a) w dniu wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego nie ma stałego miejsca zamieszkania w Polsce lub
 - b) Ubezpieczony ma stałe miejsce zamieszkania w Polsce, ale w ciągu 12 miesięcy przed postawieniem diagnozy Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczony przebywał poza Polską więcej niż przez 183 dni kalendarzowe.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie pokrywa kosztów zakupu lub wynajmu:
 - a) sztucznych narządów lub organów ani urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca potrzebnych w związku z Leczeniem za Granicą,
 - b) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, górsów, bandaży, kul,
 - c) okularów korekcyjnych, szkielek kontaktowych, protez zębowych, peruk,
 - d) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
4. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów leczenia w przypadku jakiegokolwiek stanu Ubezpieczonego, który został spowodowany przez prawidłowo wykonane procedury medyczne zorganizowane w ramach Leczenia za Granicą, z wyjątkiem sytuacji, gdy dany stan jest Poważnym Stanem Chorobowym.
5. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie pokrywa kosztów:
 - a) postępowania sprawdzającego, czy dana osoba, wskazana jako potencjalny Dawca spoza członków rodziny Ubezpieczonego, może być Dawcą,
 - b) rekonwalescencji, opieki w domu, leczenia sanatoryjnego, uzdrowskiego ani w klinice medycyny naturalnej, kosztów pobytu w hospicjum, domu starców – nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego Stanu Chorobowego,
 - c) organizacji i kosztów Leczenia Alternatywnego ani Leczenia Eksperymentalnego, nawet jeśli zaleca je Ekspert podczas leczenia Poważnego Stanu Chorobowego,
 - d) organizacji i kosztów leczenia z wykorzystaniem Terapii Genowej, Terapii Komórkami Somatycznymi, Inżynierii Tkankowej, Terapii Limfocytami CAR-T,

- e) tłumacza i tłumaczenia w innym zakresie niż przygotowanie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub prowadzenie Leczenia za Granicą,
 - f) zakupu środków opatrunkowych dostępnych bez recepty,
 - g) zakupu przedmiotów użytku osobistego,
 - h) organizacji i pokrycia kosztów świadczeń lub leczenia w przypadkach zmian otępiennych, które wywołuje starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych (określonych w V edycji lub w edycjach późniejszych Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders "DSM-5", tj. „Klasyfikacji diagnostycznych zaburzeń psychicznych „DSM-5” Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego), niezależnie od tego, jaka jest ich przyczyna.
6. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą, ani innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Ubezpieczony nie wypetnia swoich obowiązków niezbędnych do organizacji tych usług lub pokrycia tych kosztów.
 7. Ani Further, ani my nie odpowiadamy za:
 - a) medyczną poprawność Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii,
 - b) skutki wdrożenia planów leczenia w ramach Leczenia za Granicą, w tym ich skuteczność,
 - c) skutki Leczenia za Granicą, w tym jego skuteczność,
 - d) doznane krzywdy, ból, cierpienie fizyczne lub moralne, które są skutkiem Poważnego Stanu Chorobowego,
 - e) straty materialne wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy, które należą do Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej lub Dawcy w czasie Pobytu w Szpitalu lub podróży.

ART. 16 DEFINICJE POWAŻNYCH STANÓW CHOROBYCH, KTÓRYCH LECZENIE JEST OBJĘTE UBEZPIECZENIEM W RAMACH 4 MODUŁÓW OCHRONY

MODUŁ OCHRONY 1: NOWOTWÓR

- a) nowotwór złośliwy – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz może powodować naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe; do nowotworów złośliwych zaliczamy także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina),
- b) rak przedinwazyjny lub carcinoma in situ (Tis) – ogniskowy, miejscowy, złośliwy rozrost komórkowy, który jest ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych – według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, the 8th Edition TNM Classification i następne) – wszystkich narządów poza skórą,
- c) zmiany przedrakowe, które na podstawie badania cytologicznego lub histopatologicznego zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia (ang. high grade dysplasia or severe dysplasia).

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV,
- nowotworów skóry poza czerniakiem złośliwym i nowotworami, które zgodnie z opisem badania histopatologicznego naciekają poza zewnętrzną warstwę skóry (naciekają poza nasłódek),
- leczenia z wykorzystaniem Terapii Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy)

MODUŁ OCHRONY 2: ZABIEG SERCOWO-NACZYNIOWY

Pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass) – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego.

Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie lub niedrożność tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, zaleca Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuję o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych.

Ubezpieczenie nie obejmuje przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i które wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe

Operacja zastawek serca: operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu albo bez otwierania serca, która polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Operacja ta może być również wykonana przy użyciu

mikrochirurgii lub kardiologicznych technik śródnaczyniowych, takich jak przezskórna operacja naprawcza zastawek serca.
Konieczność przeprowadzenia operacji potwierdza Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuję o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych

MODUŁ OCHRONY 3: ZABIEG NEUROCHIRURGICZNY

Zabieg neurochirurgiczny:

- dowolna operacja chirurgiczna wewnątrz mózgowiczaszki, w tym techniki minimalnie inwazyjne takie jak: gamma knife, cyber-knife oraz procedury wykonywane śródnaczyniowo,
- leczenie operacyjne nowotworów tagodnych rdzenia kręgowego (Medulla spinalis)

Konieczność przeprowadzenia operacji potwierdza Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuję o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych

MODUŁ OCHRONY 4: PRZESZCZEP

Przeszczep narządów: zabieg operacyjny, podczas którego Ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepiona nerką, 1 albo 2 płaty płuca, segment wątroby lub fragment trzustki od zgodnego Dawcy.

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- przeszczepu, który musi być wykonany z powodu alkoholowej choroby wątroby,
- przeszczepu innego narządu niż wymienione,
- przeszczepu wysp trzustkowych,
- przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste,
- przeszczepu narządów kupionych od dawcy narządów

Konieczność przeszczepu potwierdza Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuję o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych

Przeszczep szpiku kostnego: przeszczepienie Ubezpieczonemu komórek szpiku kostnego (ang. bone marrow transplantation, BMT) lub krwiotwórczych komórek macierzystych z krwi obwodowej (ang. peripheral blood stem cell transplantation, PBST), które pochodzą od:

- Ubezpiezonego (przeszczep autologiczny),
- od zgodnego Dawcy (przeszczep allogeniczny albo izogeniczny).

Konieczność przeszczepu potwierdza Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuję o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

JAK SIĘ ODBYWA LECZENIE ZA GRANICĄ – KROK PO KROKU

Krok I Potwierdzenie diagnozy	Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Further oraz: - zapewnia Further dostęp do swojej dokumentacji medycznej, - wypełnia formularze, które otrzymuje z Further, - odpowiada na pytania konsultanta dotyczące stanu zdrowia
Krok II Decyzja o leczeniu za granicą	Jeśli Poważny Stan Chorobowy jest objęty ubezpieczeniem, to: - Ubezpieczony podejmuje decyzję, czy chce skorzystać z Leczenia za Granicą, - o swojej decyzji informuje Further
Krok III Wybór placówki medycznej	- Further przygotowuje listę co najmniej 3 Placówek Medycznych, w których może być przeprowadzone leczenie, - Ubezpieczony wybiera jedną z nich, a Further wydaje pisemną zgodę na opłacenie kosztów leczenia w tej placówce oraz innych świadczeń i usług, które są objęte ubezpieczeniem (Certyfikat)
Krok IV Wyjazd i leczenie	- Further organizuje podróż oraz cały proces leczenia Ubezpiezonego, a wyznaczony opiekun na każdym etapie służy Ubezpieczonemu pomocą, - leczenie odbywa się zgodnie z przygotowanym wcześniej planem, - za każdy dzień Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony otrzymuje 100 euro
Krok V Powrót do Polski	Gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego nie jest już konieczne dalsze leczenie, Further organizuje powrót Ubezpiezonego do Polski
Krok VI Opieka Medyczna po Leczeniu za Granicą	Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać z Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, to: - kontaktuje się z Further, - Further organizuje i finansuje tę opiekę za granicą albo zwraca koszty tej opieki w Polsce Ubezpieczony może także korzystać ze zwrotu kosztów Leków kupionych już w Polsce

UMOWA DODATKOWA

„Assistance Onkologiczny”

Co zyskujesz w razie zachorowania na raka?

- **Pomoc w diagnostyce i leczeniu**
Zorganizujemy i opłacimy 20 świadczeń medycznych, takich jak m.in.: konsultacje lekarskie, diagnostyka laboratoryjna, badania specjalistyczne, w tym: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa. Możesz z nich korzystać również w razie podejrzenia raka – wystarczy, że otrzymasz kartę DiLO (Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego).
- **Wsparcie assistance w leczeniu i powrocie do zdrowia**
Zapewnimy m.in.: transport medyczny, konsultacje psychoonkologa, rehabilitację.
- **Pokrycie kosztów operacji plastycznej po leczeniu**
Pokryjemy koszty nawet do 20 000 zł.

Warto wiedzieć

Z „Assistance Onkologicznego” mogą też korzystać Twoi bliscy (biologiczne dziecko i rodzeństwo).

Jeśli zachorujesz na raka, zapewnimy im:

- organizację i opłacenie testu genetycznego,
- konsultację onkologiczno-genetyczną,
- wizyty u psychoonkologa.

Jeśli na raka zachorują Twoi biologiczni rodzice, rodzeństwo lub dziecko, zapewnimy Ci:

- organizację i opłacenie testu genetycznego,
- konsultację onkologiczno-genetyczną,
- 5 wizyt u psychoonkologa.

Jak skorzystać z assistance?

Wszystkie informacje znajdziesz na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE ONKOLOGICZNY” (AONCO/TZ/3/2024)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-8 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 9-11 Art. 7 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE ONKOLOGICZNY” (AONCO/TZ/3/2024)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Operacyjne** – podmiot AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) i zajmuje się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem
2. **Dziecko** – dziecko własne (biologiczne) lub przysposobione Ubezpieczonego
3. **Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego i nie jest członkiem jego rodziny
4. **Leki** – przepisane przez lekarza Ubezpieczonemu:
 - a) leki gotowe, wpisane do „Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” oraz
 - b) leki recepturowe,których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty
5. **Matłonek** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia, które jest objęte ubezpieczeniem
6. **Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje niepokojące, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Do takich nowotworów złośliwych zaliczamy także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, a także inne zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym. Diagnoza Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Dzień wykonania tego badania (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) przyjmujemy za dzień wystąpienia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym

7. **Partner** – osoba, która z Ubezpieczonym prowadzi wspólne gospodarstwo domowe w dniu zajścia zdarzenia, które jest objęte ubezpieczeniem
8. **Placówka Medyczna** – Szpital, prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
9. **Rodzic Ubezpieczonego** – ojciec, matka, ojczym lub macocha Ubezpieczonego
10. **Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków
11. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny Ubezpieczonemu do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia mu samodzielne funkcjonowanie
12. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
13. **Transport Medyczny** – transport, który jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; Transportem Medycznym nie jest transport na wizyty kontrolne oraz dojazd do poradni rehabilitacyjnej
14. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 65 lat (w przypadku Dziecka – mniej niż 18 lat) i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie.

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Ubezpieczonemu na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej także: karta DiLO) w czasie ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczenie obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w czasie ochrony ubezpieczeniowej, a badanie mikroskopowe, którego wynik potwierdza diagnozę, będzie miało miejsce już po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie cięta, które powstały w wyniku operacyjnego usunięcia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, ubezpieczenie obejmuje także organizację oraz pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do 20 000 zł w odniesieniu do jednego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym. Operacja ta musi być przeprowadzona w warunkach bloku operacyjnego.
4. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w tym dokumencie oraz które są realizowane:
 - a) za pośrednictwem Centrum Operacyjnego,
 - b) na terenie Polski.
5. Jeśli w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej u Ubezpieczonego zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego Ubezpieczonemu zostanie wydana karta DiLO, to organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń medycznych, które wskazujemy w Tabeli nr 1. W tabeli tej wskazujemy również zasady, które obowiązują podczas organizacji i realizacji tych świadczeń.

Tabela nr 1 Świadczenia dla Ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydania karty DiLO

Rodzaj i opis świadczenia medycznego			Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie jednej karty DiLO
I. Konsultacje			
1. chirurg	6. urolog	11. hepatolog	Świadczenia do wielokrotnego wykorzystania, maksymalnie 20 świadczeń medycznych
2. okulista	7. pulmonolog	12. hematolog	
3. otolaryngolog	8. lekarz rehabilitacji	13. nefrolog	
4. ortopeda	9. onkolog	14. dermatolog	
5. ginekolog	10. endokrynolog		
II. Diagnostyka laboratoryjna			
Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktujemy jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez Lekarza Prowadzącego w związku z tą samą diagnozą lub wydaniem jednej karty DiLO.			
15.			
• moczu – badanie ogólne	• amylaza	• CRP ilościowo	
• OB	• mocznik	• HBs przeciwciała	
• morfologia	• TSH	• HCV przeciwciała	
• APTT	• kreatynina	• IgE całkowite	
• PT	• kwas moczowy	• markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, CA 19-9, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21	
• fibrynogen	• proteinogram		
• glukoza	• ferrytyna		
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity		
• lipidogram	• fosfor nieorganiczny		
• próby wątrobowe	• magnez		
III. Badania specjalistyczne			
16. biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym)			
17. badania radiologiczne (RTG)			
18. badania ultrasonograficzne (USG)			
19. rezonans magnetyczny			1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych
20. tomografia komputerowa			1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych
IV. Infolinia medyczna			
W ramach infolinii medycznej zapewnimy Ubezpieczonemu telefoniczny dostęp do informacji dotyczących:			bez limitu
1. niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,			
2. diet, metod zdrowego żywienia,			
3. działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,			
4. danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,			
5. danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,			
6. danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,			
7. danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,			
8. danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.			

6. Jeśli w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym, to organizujemy i pokrywamy także koszty świadczeń, których zakres i zasady realizacji wskazujemy w Tabeli nr 2, w części I.

Jeśli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, to organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń, których zakres i zasady realizacji wskazujemy w Tabeli nr 2, w części II.

Tabela nr 2 Pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku z diagnozą Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym oraz konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego

Rodzaj i opis świadczenia	Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
I. Pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku z diagnozą Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym	
1. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego	
Gdy Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego, powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego, zapewnimy:	
a) organizację i pokrycie kosztów transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, i b) pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).	
2. Dostarczenie posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego	
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego posiłków – koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony.	
3. Dostarczenie Leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego	
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego Leków – koszt Leków pokrywa Ubezpieczony.	
4. Pomoc pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego	
Gdy wymagana jest pomoc pielęgniarki, zorganizujemy i pokryjemy koszty honorarium i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego – dodatkowe koszty opieki pielęgniarskiej (koszty zakupu Leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony.	
5. Zwrot kosztów peruk i protez na rzecz Ubezpieczonego	
Gdy Ubezpieczony używa peruki lub protezy, zwrócimy koszty zakupu poniesione przez Ubezpieczonego, do limitu wskazanego w kolumnie obok.	
6. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z miejsca pobytu do Placówki Medycznej	5000 zł
Transporty Medyczne są organizowane do Placówki Medycznej wskazanej przez Lekarza Prowadzącego, gdy wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w Placówce Medycznej.	
7. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z Placówki Medycznej do miejsca pobytu	
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu Medycznego z Placówki Medycznej, w której przebywa Ubezpieczony, do miejsca jego pobytu.	
8. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą pomiędzy Placówkami Medycznymi	
Transporty są organizowane w przypadku, gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej.	
9. Opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
Gdy wymagana jest opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi Ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi, zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki.	
10. Opieka nad psem lub kotem	
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu psa lub kota do wskazanego miejsca	
11. Pomoc domowa w miejscu pobytu Ubezpieczonego	
Gdy wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów - nie pokrywamy kosztów podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków.	
12. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego	maksymalnie 5 konsultacji
Gdy Ubezpieczony chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
13. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego, zapewnimy konsultacje rehabilitacyjne, w ramach których będą wykonywane:	
• ćwiczenia wytrzymałościowe na cykloergometrze, bieżni, stepperze w placówce rehabilitacyjnej (nie pokrywamy kosztu wypożyczenia lub zakupu urządzeń) • trening oporowy w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego	maksymalnie 10 konsultacji
• ćwiczenia ogólnousprawniające w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego • fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego	

II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego		Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów		
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania Ubezpieczonemu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty), badającego przynajmniej jeden z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyło wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym zdiagnozowany u wskazanych wyżej członków rodziny Ubezpieczonego.		1 test
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna		
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy Ubezpieczonemu koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów u Ubezpieczonego.		1 konsultacja
3. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego		
Gdy Ubezpieczony po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.		maksymalnie 5 konsultacji
7. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, Ubezpieczonemu należne jest także świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (suma ubezpieczenia assistance) do wykorzystania na świadczenia assistance, które wskazujemy w Tabeli nr 3. Świadczenie to realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego Centrum Operacyjnemu za wykonanie świadczeń assistance, które Ubezpieczony wybrał z tej tabeli.		
8. Wynagrodzenie wypłacane Centrum Operacyjnemu jest ograniczone do sum ubezpieczenia assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, zgodnie z Tabelą nr 3. Sumy ubezpieczenia assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do jednej diagnozy Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, po realizacji każdego świadczenia assistance są obniżane o wartość wykonanego świadczenia.		

Tabela nr 3 Świadczenia dla Ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania u niego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym związane z jego Matką, Partnerem, Dzieckiem lub rodzeństwem

Rodzaj i opis świadczenia	Suma ubezpieczenia assistance na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
I. Pomoc assistance związana z Matką/Partnerem lub Dzieckiem	3000 zł
Psychoonkolog	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, jego Matka/Partner lub Dziecko chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	maksymalnie 5 konsultacji łącznie dla Matki/Partnera lub Dziecka
II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne z pomocą psychoonkologiczną związane z biologicznym dzieckiem lub rodzeństwem Ubezpieczonego	
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów	5000 zł
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania biologicznemu dziecku lub rodzeństwu Ubezpieczonego testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty) badającego przynajmniej jeden z następujących genów: BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyło wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez biologiczne dziecko lub rodzeństwo Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym zdiagnozowany u Ubezpieczonego.	1 test dla każdego z biologicznych dzieci lub rodzeństwa Ubezpieczonego (niezależnie od liczby genów badanych w ramach jednego testu)
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	3000 zł
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, wykonanego biologicznemu dziecku lub rodzeństwu Ubezpieczonego.	1 konsultacja dla każdego biologicznego dziecka lub rodzeństwa Ubezpieczonego
3. Psychoonkolog	3000 zł
Gdy biologiczne dziecko lub rodzeństwo Ubezpieczonego po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	maksymalnie 5 konsultacji łącznie dla biologicznego dziecka lub rodzeństwa

9. Ubezpieczenie nie obejmuje:

- zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości, nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer - AJCC, the 8th Edition of the TNM Classification i następnych),
- nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
- nowotworów gruczołu krokowego:
 - w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) według klasyfikacji TNM, poza takimi nowotworami w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7,
 - dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony, poza takimi nowotworami, dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony i dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7,
- raków brodawkowatych ani pęcherzykowych tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM,
- guzów granicznych jajnika w stadium IA ani IB według klasyfikacji FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne),
- chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to przyjmujemy, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia.

- Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit, który wskazujemy w Tabeli nr 2, lub sumę ubezpieczenia assistance, którą wskazujemy w Tabeli nr 3, to zorganizujemy i zrealizujemy daną usługę w przypadku, gdy Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a tym limitem lub sumą ubezpieczenia assistance.
- Jeśli spóźnisz się z płatnościami Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zaptacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do świadczeń.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

- Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, następującego po Miesiącu Polisowym, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - gdy zostanie rozwiązana Umowa.
- Nie zawieramy kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli którakolwiek ze stron – Ty albo my – poinformuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać ze świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, to ma obowiązek:

- złożyć wniosek o realizację świadczenia wraz z dokumentami, które wskazujemy jako niezbędne do określenia, czy i w jakiej wysokości świadczenie jest należne,
- współpracować z Centrum Operacyjnym w zakresie organizacji i realizacji świadczeń, w tym uzgodnienia miejsca realizacji świadczenia,
- w przypadku, gdy diagnoza została postawiona za granicą – dostarczyć dokumentację medyczną przetłumaczoną na język polski albo język angielski.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

- Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz Wiek Ubezpieczonego.
- Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ, KTÓRE SĄ OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

- Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości świadczenie należy się Ubezpieczonemu, potrzebujemy:
 - wniosku o realizację świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
 - kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
 - dokumentów, które potwierdzają zdiagnozowanie Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Ubezpieczonemu karty DiLO.
- Dokumenty te należy dostarczyć do Centrum Operacyjnego.
- Zawiadomienie o zdiagnozowaniu Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydaniu Ubezpieczonemu karty DiLO można złożyć:
 - telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
 - pisząc na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa,
 - pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.
- Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości, to spełnimy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsprawną część spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
- Jeśli odmawiamy spełnienia świadczenia lub spełniamy je w części, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
- Centrum Operacyjne w porozumieniu z Ubezpieczonym ustala miejsce realizacji świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Zorganizujemy te świadczenia we współpracującym z Centrum Operacyjnym podmiocie lub Placówce Medycznej w ciągu 5 dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, które są niezbędne, abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości.
- Wartość poszczególnych świadczeń assistance ustala Centrum Operacyjne – każdorazowo na podstawie cen usług w uzgodnionej z Ubezpieczonym Placówce Medycznej, które obowiązują w dniu organizacji świadczenia. Informujemy Ubezpieczonego o wartości tego świadczenia oraz o tym w jaki sposób realizacja tego świadczenia wpływa na limit świadczeń lub sumę ubezpieczenia assistance.
- W celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia w odniesieniu do Dziecka, Matzonka, Partnera, biologicznego ojca lub matki lub rodzeństwa, w zakresie określonym w art 38 ust. 2 i 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, potrzebujemy informacji o stanie ich zdrowia. Dlatego do zgłoszenia rozszczenia z tytułu świadczeń związanych z Dzieckiem, Matzonkiem, Partnerem, biologicznym ojcem lub matką lub rodzeństwem należy dołączyć:
 - ich zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia oraz
 - upoważnienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do udzielania nam informacji o stanie ich zdrowia, także po ich śmierci (w tym udostępnienia dokumentacji medycznej).

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

- Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub wydanie karty DiLO nastąpią:
 - wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
 - w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków

- odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- c) wskutek leczenia eksperymentalnego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
 - d) wskutek działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
 - e) wskutek umyślnego działania Ubezpieczonego,
 - f) wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - g) wskutek zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
 - h) wskutek wad wrodzonych,
 - i) wskutek zakażenia wirusem HIV,
 - j) wskutek użycia materiałów lub substancji biologicznych lub chemicznych (lub ich składników), w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.

- 2. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli postępowanie diagnostyczne w kierunku Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym rozpoczęło się przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 3. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.
- 4. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wykonanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Siły Wyższej, strajków, Aktów Terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, a także ograniczeń w poruszaniu się, które zostały wprowadzone przez władze państwowe.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 22/2024 i weszły w życie 16 marca 2024 r.

Niezdolność do pracy

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci wsparcie finansowe, jeśli lekarz stwierdzi u Ciebie niezdolność do pracy.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w tej umowie dodatkowej, to **1 000 000 zł**.

Warto wiedzieć

Ubezpieczenie dotyczy:

- całkowitej niezdolności do jakiegokolwiek pracy, która jest konsekwencją choroby lub wypadku, trwa nieprzerwanie minimum 12 miesięcy i ma charakter trwały i nieodwracalny
- oraz
- czasowej niezdolności do pracy spowodowanej zachorowaniem na nowotwór złośliwy, która trwa minimum 3 miesiące.

Zwróć uwagę

W razie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wypłacamy 100% kwoty, na którą się ubezpieczyłeś.

- W razie czasowej niezdolności do pracy wypłacamy 10% kwoty, na którą się ubezpieczyłeś.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie **allianz.pl**,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie **allianz.pl**



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (NP/TZ/5/2024)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-4 wraz z definicjami pojęć z art. 1 Art. 6 ust. 1-2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 5-7 Art. 6 ust. 3 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (NP/TZ/5/2024)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jaką są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Niezdolność do Pracy** – Trwata i Całkowita Niezdolność do Pracy lub Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy
4. **Nowotwór Złośliwy w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych albo jest zmianą o niskim potencjale złośliwości. Ubezpieczenie obejmuje następujące Nowotwory Złośliwe w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości:
 - a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą,
 - b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
 - c) nowotwór gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także taki, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0),
 - d) rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM,
 - e) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa,
 - f) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne. Rozpoznanie Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.

W zakresie Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości ubezpieczenie nie obejmuje guzów granicznych jajnika.

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- dysplazji,
- zmian przedrakowych,
- nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji,
- mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV.

Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia

5. **Nowotwór Złośliwy w Wysokim Stopniu Zaawansowania** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe.

Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym oraz czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa.

Rozpoznanie Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.

W zakresie Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania ubezpieczenie nie obejmuje:

- nowotworów, które spełniają definicję Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości,
- guzów granicznych jajnika w stopniu IA ani IB według klasyfikacji FIGO (fr. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne).

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji,
- mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV.

Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia

6. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, od dnia rejestracji do dnia wypisu. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i musi rozpoczynać się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu: na oddziale rehabilitacyjnym lub ratunkowym, w ośrodku opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum (także onkologicznym), ośrodku leczenia uzależnień, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym lub wypoczynkowym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitalu uzdrowiskowym ani szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym
7. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zająć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
8. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku Niezdolności do Pracy. Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całonocową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
 - b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
10. **Trwata i Całkowita Niezdolność do Pracy** – trwata i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej. Ta niezdolność musi spełniać wszystkie poniższe warunki:

- a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmuje Ubezpieczonego,
- b) być spowodowana rozstrojem zdrowia lub uszkodzeniem ciała, które również wystąpiło w czasie tej ochrony,
- c) utrzymywać się w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez minimalny okres 12 miesięcy,
- d) po zakończeniu tego minimalnego okresu mieć – na podstawie aktualnej wiedzy i oceny medycznej – charakter trwały, całkowity i nieodwracalny, czyli nie rokować odzyskania zdolności do wykonywania żadnej Aktywności Zarobkowej.

Jeśli podczas tego minimalnego okresu utrzymywania się Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego minimalnego okresu nie musi przypadać w czasie ochrony ubezpieczeniowej

11. Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy (Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy) – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji, spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy. Ta niezdolność musi spełniać wszystkie poniższe warunki:

- a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmuje Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy,
- b) być spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, które również wystąpiło w czasie tej ochrony,
- c) z powodu tego zachorowania utrzymywać się w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez minimalny okres 3 miesięcy.

Ubezpieczenie obejmuje Trzymiesięczną Niezdolność do Pracy spowodowaną Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, która została potwierdzona zaświadczeniami lekarskimi wystawionymi w związku z tym zachorowaniem. Takim zaświadczeniem lekarskim jest zwolnienie lekarskie lub inny równoważny dokument przewidziany w przepisach o ubezpieczeniach społecznych i wydawany na ich podstawie w celu uzyskania prawa do świadczeń pieniężnych za okres Niezdolności do Pracy, w tym świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, wypadkowego lub rentowego. Takie zaświadczenia lekarskie muszą obejmować nieprzerwany minimalny okres 3 miesięcy przypadających w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmuje Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy. Dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy jest wtedy pierwszy dzień nieprzerwanego okresu, na jaki wystawiono takie zaświadczenia lekarskie.

Jeśli Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy nie może zostać potwierdzona takimi zaświadczeniami lekarskimi, to wystarczy, że w ramach leczenia Zachorowania na Nowotwór Złośliwy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy:

- zastosowano leczenie operacyjne podczas Pobytu w Szpitalu w związku z tym zachorowaniem i wtedy dzień, w którym przeprowadzono to leczenie jest dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy; ubezpieczenie nie obejmuje biopsji igłowych, kolonoskopii, gastroskopii ani endoskopii górnych ani dolnych dróg oddechowych

lub

- zastosowano chemioterapię onkologiczną, radioterapię onkologiczną lub immunoterapię onkologiczną i wtedy dzień, w którym rozpoczęto to leczenie jest dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy

lub

- zalecono paliatywne leczenie tego zachorowania i wtedy dzień, w którym onkolog wydał to zalecenie jest dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy.

Jeśli Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy jest potwierdzona przez więcej niż jeden ze sposobów leczenia, które wskazujemy wyżej, to wtedy dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy jest najwcześniejszy z dni, które wskazujemy dla tych sposobów leczenia.

Jeśli podczas minimalnego okresu utrzymywania się Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, który wskazujemy wyżej, Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego minimalnego okresu nie musi przypadać w czasie ochrony ubezpieczeniowej

12. Ubezpieczony – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:

- a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 55 lat i
- b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie

13. Wyczynowe Uprawianie Sportu – uprawianie sportu, które polega na:

- a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
- b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

14. Zachorowanie na Nowotwór Złośliwy – choroba Ubezpieczonego, która:

- a) spełnia definicję Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania lub definicję Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości

oraz

- b) wystąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, i nie stanowi progresji, przerzutu ani innej wznowy nowotworu złośliwego, który wystąpił przed rozpoczęciem tej ochrony.

Dniem Zachorowania na Nowotwór Złośliwy jest dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy

15. Zwiększone Ryzyko Utraty Życia lub Zdrowia – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarsstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu

16. Zawodowe Uprawianie Sportu – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność do Pracy, także taką, która powstaje na skutek Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
3. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy obejmujemy Ubezpieczonego w ramach pierwszej Umowy Dodatkowej zawieranej na podstawie Twojego Wniosku zarejestrowanego po 13 września 2024 r. lub w ramach kolejnej Umowy Dodatkowej zawieranej na podstawie naszej propozycji przygotowanej po tym dniu.
4. W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
5. Po wypłacie pieniędzy za Trzymiesięczną Niezdolność do Pracy – w ramach pierwszej lub kolejnych Umów Dodatkowych, które zawierasz jako część danej Umowy – nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy w razie innej Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli:
 - a) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy
 lub
 - b) obie niezdolności są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy
 lub
 - c) obie niezdolności są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie.
6. Po wypłacie pieniędzy za Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy – w ramach pierwszej lub kolejnych Umów Dodatkowych, które zawierasz jako część danej Umowy – nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli:
 - a) obie niezdolności rozpoczęły się w tym samym dniu

lub

- b) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy

lub

- c) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie.

7. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli została spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, które miało miejsce w pierwszych 90 dniach ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w pierwszej Umowie Dodatkowej. Nie wypłacamy pieniędzy w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy także wtedy, gdy została spowodowana progresją, przerzutem lub inną wznową tego nowotworu złośliwego – niezależnie od momentu ich wystąpienia.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) w ostatnim dniu minimalnego okresu utrzymywania się Niezdolności do Pracy, za którą wypłacamy łącznie 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - e) w ostatnim dniu minimalnego 12-miesięcznego okresu utrzymywania się najwcześniejszej Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,
 - f) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - g) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego. Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje lub
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
5. Jeśli Niezdolność do Pracy jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Jeśli wystąpi Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy, wypłacamy Ubezpieczonemu 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje:
 - a) w ostatnim dniu minimalnego 12-miesięcznego okresu utrzymywania się tej Niezdolności do Pracy albo
 - b) w dniu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej z upływem okresu, na który została zawarta, jeśli nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej,w zależności od tego, który z tych dni jest wcześniejszy.
 2. Jeśli wystąpi Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy, wypłacamy Ubezpieczonemu 10% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje:
 - a) w ostatnim dniu minimalnego 3-miesięcznego okresu utrzymywania się tej Niezdolności do Pracy albo
 - b) w dniu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej z upływem okresu, na który została zawarta, jeśli nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej,w zależności od tego, który z tych dni jest wcześniejszy.
 3. Jeśli wypłaciliśmy pieniądze za Trzymiesięczną Niezdolność do Pracy – w ramach pierwszej lub kolejnych Umów Dodatkowych, które zawierasz jako część danej Umowy – oraz wystąpiła Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy i ponadto:
 - a) obie niezdolności rozpoczęły się w tym samym dniu, lub
 - b) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowylub
 - c) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie,
- to te wypłacone pieniądze są częścią świadczenia w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, a my dopłacamy do kwoty, która przysługuje w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentacji medycznej z przebiegu diagnostyki i leczenia Ubezpieczonego, która potwierdza Niezdolność do Pracy i jej przyczynę, w tym: dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, wyników badań, zwolnień, orzeczeń i zaświadczeń lekarskich, kopii decyzji organów rentowych.

Możemy również poprosić Ubezpieczonego o inne dokumenty, jeśli będą niezbędne, aby ustalić naszą odpowiedzialność.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Niezdolność do Pracy nastąpiła:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych

substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,

- b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich,
- c) w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
- d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
- e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,

g) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,

h) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 103/2024 i wchodzi w życie 14 września 2024 r.

UMOWA DODATKOWA

Leczenie w szpitalu – „Na Zdrowie”

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Po leczeniu w szpitalu wypłacimy Ci pieniądze w wysokości, która zależy od wybranego wariantu umowy oraz zastosowanego sposobu leczenia określonej choroby lub urazu. Wysokość wypłaty znajdziesz w wykazie liczącym ponad **400** postępowań medycznych.
- Otrzymasz dodatkowe środki – od **360 zł** do nawet **18 150 zł** – np. na zakup leków, jeśli wybierzesz opcję Świadczenie lekowe.

Warto wiedzieć

Pieniądze otrzymasz po leczeniu w szpitalu – niezależnie od tego, czy będzie to szpital państwowy, prywatny czy placówka chirurgii jednego dnia.

Zwróć uwagę

Ubezpieczenie nie obejmuje konsultacji lekarskich ani badań diagnostycznych, które odbędą się poza szpitalem, np. w przychodni. Dostęp do lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych zapewni Ci Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”
→ allianz.pl/pl_PL/dla-ciebie/zycie-i-zdrowie/umowy-dodatkowe/badz-zdrow.html

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE” (ZD/TZ/7/2024)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-4 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 5-10 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE” (ZD/TZ/7/2024)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

- Ambulatorium** – podmiot leczniczy, który udziela świadczeń medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i jest zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń ambulatoryjnych. Ambulatorium nie jest ośrodek opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
- Główne Postępowanie Medyczne** – Postępowanie Medyczne, które wskazujemy w części I Wykazu i które zostało przeprowadzone w Szpitalu, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, izby przyjęć oraz przychodni/poradni przyszpitalnej
- Inne Postępowanie Medyczne** – Postępowanie Medyczne, spoza części I Wykazu, które jest przeprowadzane w czasie Pobytu w Szpitalu dłuższego niż 5 dni
- Limit Wypłat** – maksymalna łączna kwota: wypłat za Postępowania Medyczne, Świadczeń Dodatkowych i Świadczeń Lekowych, która obowiązuje w każdej Umowie Dodatkowej. Limit Wypłat wskazujemy w części VII Wykazu, osobno dla każdego Poziomu Świadczeń
- Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
- Pobyt w Ambulatorium** – pobyt Ubezpieczonego w Ambulatorium. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Ambulatorium zgodnie z obowiązującymi przepisami i musi rozpoczynać się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową
- Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, od dnia rejestracji do dnia wypisu. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i musi rozpoczynać się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu. Pobyt w Szpitalu nie jest pobyt na oddziale rehabilitacyjnym
- Postępowanie Medyczne** – procedura medyczna, którą stosuje się:
 - a) w leczeniu Ubezpieczonego lub diagnostyce jego choroby albo urazu, podczas Pobytu w Szpitalu,
 - b) w leczeniu choroby albo urazu Ubezpieczonego, podczas Pobytu w Ambulatorium.Wyróżniamy następujące rodzaje Postępowania Medycznego: Główne Postępowanie Medyczne, Inne Postępowanie Medyczne, Postępowanie Medyczne SOR oraz Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne
- Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne** – Postępowanie Medyczne, które jest przeprowadzane podczas Pobytu w Ambulatorium, ma charakter leczenia inwazyjnego, czyli odbywa się z chirurgicznym rozcięciem skóry lub gruczołów skórnych oraz odpowiada opisowi postępowania, które wskazujemy w Części I Wykazu z wyłączeniem części „Skóra”. Postępowaniem Medycznym Ambulatoryjnym nie jest:
 - a) postępowanie medyczne wykonywane z powodów diagnostycznych, nawet jeśli w jego trakcie zastosowano leczenie o charakterze inwazyjnym,
 - b) usunięcie ciała obcego, w tym kleszcza, czyli pajęczaka z podgromady roztoczy,
 - c) usunięcie szwów chirurgicznych,
 - d) dializoterapia, chemioterapia, tlenoterapia, aplikowanie substancji do organizmu, w tym wstrzyknięcie podskórne, domięśniowe, dostawowe oraz do światła naczynia krwionośnego
- Postępowanie Medyczne SOR** – Postępowanie Medyczne, które jest przeprowadzane podczas pobytu Ubezpieczonego w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć
- Poziom Świadczeń** – kwoty, które wskazujemy w Wykazie – dla każdego typu Postępowania Medycznego oraz dla Świadczenia Dodatkowego. Kwoty te nie podlegają indeksacji. Poziom Świadczeń (I, II albo III) wybierasz zanim zawrzesz z nami Umowę Dodatkową, a w czasie trwania tej umowy możesz złożyć wniosek o jego zmianę
- Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
- Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia lub
 - b) wykonuje zabiegi w trybie chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym Postępowania Medycznego i zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych. Szpitalem nie jest Ambulatorium, ośrodek opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
- Świadczenie Dodatkowe** – pieniądze, które wypłacamy dodatkowo w związku z Głównym Postępowaniem Medycznym, jeśli zachodzą okoliczności, które opisujemy w części V Wykazu
- Świadczenie Lekowe** – pieniądze, które wypłacamy dodatkowo w związku z Głównym Postępowaniem Medycznym, jeśli zachodzą okoliczności, które wskazujemy w części VI Wykazu. Można przeznaczyć je na przykład na zakup produktów leczniczych
- Ubezpieczony – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 55 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
- Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
- Wykaz Postępowania Medycznych (Wykaz)** – dokument, który zawiera:
 - a) Główne Postępowania Medyczne (część I),
 - b) Inne Postępowania Medyczne (część II),
 - c) Postępowania Medyczne SOR (część III),
 - d) Postępowania Medyczne Ambulatoryjne (część IV),
 - e) okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Dodatkowe (część V),
 - f) okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Lekowe (część VI),
 - g) Limity Wypłat dla wszystkich Poziomów Świadczeń (część VII)

wraz z kwotami, które są podstawą do obliczenia wypłaty za każdy rodzaj Postępowania Medycznego

19. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
20. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

- Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
- Wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia zgodnie z tabelą wypłat, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego, występują:
 - Główne Postępowania Medyczne,
 - Inne Postępowania Medyczne,
 - Postępowania Medyczne SOR,
 - Postępowania Medyczne Ambulatoryjne,
 - okoliczności, które powodują wypłatę Świadczeń Dodatkowych, lub
 - okoliczności, które powodują wypłatę Świadczeń Lekowych – jeśli wybrałeś taką opcję,
 także wtedy, gdy te postępowania lub okoliczności występują w związku z Rekreatywnym Uprawianiem Sportu.
- Kwota wypłaty zależy od:
 - rodzaju przeprowadzonego Postępowania Medycznego,
 - Poziomu Świadczeń,
 - tego, czy zachodzą okoliczności do wypłaty Świadczenia Dodatkowego,
 - tego, czy została wybrana opcja Świadczenia Lekowego i czy zachodzą okoliczności do wypłaty takiego świadczenia.
 Kwota wypłaty nie może przekroczyć Limitu Wypłat.
- Wypłaty za różne rodzaje Postępowań Medycznych opisuje tabela wypłat:

Rodzaj Postępowania Medycznego w czasie tego samego Pobytu w Szpitalu/ Pobytu w Ambulatorium	Tabela wypłat	Świadczenie Dodatkowe	Świadczenie Lekowe (opcja)
	Postępowanie Medyczne	takie świadczenie wypłacamy tylko w przypadku wystąpienia Głównego Postępowania Medycznego, za które wypłacamy 100% kwoty za takie postępowanie	
Główne Postępowanie Medyczne	100% kwoty za to postępowanie		
Wielec niż jedno Główne Postępowanie Medyczne	100% najwyższej kwoty oraz 75% najwyższej kwoty za pozostałe przeprowadzone postępowania	jedna wypłata za każdą z okoliczności, które wskazujemy w V części Wykazu – o ile obejmujemy Ubezpieczonego nieprzerwaną ochroną ubezpieczeniową od dnia, w którym zostało przeprowadzone Główne Postępowanie Medyczne, do dnia, w którym występują te okoliczności	
Główne Postępowanie Medyczne i Inne Postępowanie Medyczne			jedna wypłata za każdą z okoliczności, które wskazujemy w VI części Wykazu
Główne Postępowanie Medyczne i Postępowanie Medyczne SOR	jedno świadczenie – za Główne Postępowanie Medyczne (100% kwoty za takie postępowanie)		
Postępowanie Medyczne SOR, Główne Postępowanie Medyczne i Inne Postępowanie Medyczne			
Jedno albo więcej niż jedno Inne Postępowanie Medyczne	jedno świadczenie za Inne Postępowanie Medyczne (100% kwoty za takie postępowanie)		
Inne Postępowanie Medyczne oraz Postępowanie Medyczne SOR			
Postępowanie Medyczne SOR	jedno świadczenie (100% kwoty za takie postępowanie)		
Jedno albo więcej niż jedno Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne	jedno świadczenie (100% kwoty za takie postępowanie)		

- Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje tylko takie Postępowania Medyczne, które są skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku.
- Ubezpieczenie nie obejmuje Głównego Postępowania Medycznego związanego z chorobą zwyrodnieniową stawu leżącego endoprotezoplastyką, jeśli Pobyt w Szpitalu, który wiąże się z tym postępowaniem rozpoczyna się w pierwszych 24 miesiącach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej.
- Ubezpieczenie nie obejmuje Innego Postępowania Medycznego, Postępowania Medycznego SOR ani Postępowania Medycznego Ambulatoryjnego, jeśli Pobyt w Szpitalu lub Pobyt w Ambulatorium wiąże się z ciążą, porodem lub potogiem. Ubezpieczenie obejmuje te postępowania, jeśli przyczyną Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Ambulatorium jest potwierdzone w dokumentacji medycznej: zagrożenie poronieniem, poronienie, ciąża pozamaciczna, zagrożenie życia

osoby, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową, lub zagrożenie życia dziecka.

- Nie wypłacamy pieniędzy za kolejne:
 - takie samo Główne Postępowanie Medyczne,
 - Postępowanie Medyczne SOR,
 - Główne Postępowanie Medyczne lub Inne Postępowanie Medyczne, które wiąże się z leczeniem tej samej choroby i z zastosowaniem takiej samej metody leczenia,
 jeśli za takie Postępowanie Medyczne poprzednio wypłaciliśmy już pieniądze i nie upłynął odpowiedni okres karencji (12 miesięcy albo 18 miesięcy, albo 5 lat) – od końca poprzedniego Pobytu w Szpitalu, w czasie którego zostało przeprowadzone takie postępowanie, do początku Pobytu w Szpitalu związanego z tym kolejnym postępowaniem.

Za taką samą metodę leczenia uznajemy:

- każde leczenie zachowawcze – w przypadku Postępowań Medycznych z zastosowaniem leczenia zachowawczego,
- każde leczenie operacyjne lub zabiegowe – w przypadku Postępowań Medycznych z zastosowaniem leczenia operacyjnego lub zabiegowego,
- każdą metodę diagnostyki – w przypadku Postępowań Medycznych z zastosowaniem diagnostyki.

9. Nie wypłacamy pieniędzy za kolejne Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne, jeśli za takie postępowanie poprzednio wypłaciliśmy już pieniądze i nie upłynął okres karencji (12 miesięcy) – od poprzedniego Pobytu w Ambulatorium, w czasie którego zostało przeprowadzone takie postępowanie, do Pobytu w Ambulatorium, związanego z tym kolejnym postępowaniem.
10. Okres karencji, który obowiązuje dla danego Postępowania Medycznego, wskazujemy w Wykazie. Jeśli dla danego Postępowania Medycznego nie wskazujemy takiego okresu, to oznacza, że go nie stosujemy. Okresu karencji nie stosujemy także do Głównych Postępowań Medycznych i Innych Postępowań Medycznych, które są przeprowadzane w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Poziomu Świadczeń,
 - c) tego, czy wybierasz opcję Świadczenia Lekowego,
 - d) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 5 JAK ZMIENIĆ POZIOM ŚWIADCZEŃ LUB ROZSZERZYĆ UBEZPIECZENIE O ŚWIADCZENIE LEKOWE

1. Zmiana Poziomu Świadczeń lub rozszerzenie ubezpieczenia o Świadczenie Lekowe następuje na Twój wniosek i wymaga naszej akceptacji.
2. Taka zmiana nie jest możliwa w czasie, gdy przejmujemy opłacanie Składek z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki.
3. Zmiana obowiązuje:
 - a) od najbliższego Miesiąca Polisowego po naszej akceptacji Twojego wniosku o zmianę. Jeśli składasz ten wniosek później niż na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia, to zmiana obowiązuje najwcześniej od tej Rocznicy Ubezpieczenia, i
 - b) gdy otrzymamy Składkę w nowej wysokości – w przypadku podwyższenia.
4. Jeśli podwyższyliśmy Poziom Świadczeń, a następnie:
 - a) w ciągu 90 dni od tej zmiany Ubezpieczony rozpoczął Pobyt w Szpitalu lub Pobyt w Ambulatorium, w czasie których zostało przeprowadzone Postępowanie Medyczne lub
 - b) zostało przeprowadzone Postępowanie Medyczne, którego termin zaplanowano przed tą zmianą,to wypłacimy pieniądze zgodnie z Poziomem Świadczeń, który obowiązywał przed zmianą. Ograniczenie to nie dotyczy Postępowań Medycznych, które spowodował Nieszczęśliwy Wypadek.
5. Jeśli Główne Postępowanie Medyczne zostało przeprowadzone w czasie Pobytu w Szpitalu, który rozpoczął się w ciągu 90 dni

od dnia rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Świadczenia Lekowe, nie wypłacamy tego świadczenia.

Ograniczenie to nie dotyczy Postępowań Medycznych, które spowodował Nieszczęśliwy Wypadek.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Jeśli zostało przeprowadzone Postępowanie Medyczne lub zaszły okoliczności do wypłaty Świadczenia Dodatkowego lub Świadczenia Lekowego, to pieniądze wypłacamy Ubezpieczonemu.
2. Wysokość wypłaty ustalamy zgodnie z:
 - a) tabelą wypłat,
 - b) Wykazem,
 - c) Poziomem Świadczeń, który obowiązuje w pierwszym dniu Pobytu w Szpitalu albo w dniu Pobytu w Ambulatorium,
 - d) Limitem Wypłat.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Postępowaniu Medycznym lub okolicznościach, które są podstawą do wypłaty Świadczenia Dodatkowego lub Świadczenia Lekowego, oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które dotyczą leczenia, takich jak:
 - skierowanie do Szpitala lub Ambulatorium, chyba że okoliczności uzasadnią przyjęcie Ubezpieczonego do Szpitala lub Ambulatorium bez skierowania,
 - karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna dotycząca diagnozowania i leczenia choroby lub urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, które są przyczyną Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Ambulatorium,
 - zalecenie od onkologa, które dotyczy zastosowania: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, a także kopia decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia z odmową ich refundacji (dotyczy Świadczenia Lekowego),
- d) innych dokumentów, które wskażemy jako niezbędne.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Postępowanie Medyczne nastąpiło:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich, a w przypadku Ubezpieczonego w wieku poniżej 18 lat – także przez osoby, pod których opieką Ubezpieczony pozostawał,
- c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
- d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
- e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- f) w związku z wadą wrodzoną Ubezpieczonego,
- g) w związku z leczeniem rehabilitacyjno-usprawniającym Ubezpieczonego,
- h) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną – nie dotyczy to usuwania u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego Wypadku,
- i) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,

- j) w wyniku klęski żywiołowej lub stanu epidemii, które zostały ogłoszone przez odpowiednie organy administracji publicznej,
- k) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- l) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 98/2024 i wchodzi w życie 14 września 2024 r.

WYKAZ POSTĘPOWAŃ MEDYCZNYCH DO UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE” (WPM/TZ/7/2024)

Część I. Główne postępowania medyczne

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
NEUROLOGIA					
1	5 lat ¹	Śpiączka pochodzenia nieurazowego (z wyłączeniem śpiączki farmakologicznej lub śpiączki cukrzycowej) leczona zachowawczo	1 200 zł	2 390 zł	3 620 zł
2	5 lat ³	Choroba nerwu rdzeniowego z wyłączeniem dyskopatii kręgosłupa leczona operacyjnie	980 zł	1 980 zł	3 000 zł
3	5 lat ¹	Choroba nerwu rdzeniowego z wyłączeniem dyskopatii kręgosłupa leczona zachowawczo	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
4	5 lat ¹	Choroba nerwu czaszkowego (z wyłączeniem choroby nerwu wzrokowego) leczona zachowawczo	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
5	5 lat / 18 mies. ²	Choroba nerwu czaszkowego (z wyłączeniem choroby nerwu wzrokowego) leczona operacyjnie	1 470 zł	2 920 zł	4 430 zł
6	5 lat ¹	Przemijający napad niedokrwienny mózgowia TIA (z wyłączeniem udaru niedokrwiennego mózgowia) leczony zachowawczo	1 590 zł	3 200 zł	4 850 zł
7	5 lat ¹	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo	2 690 zł	5 390 zł	8 160 zł
8	5 lat ¹	Krwotok śródczaszkowy (z wyłączeniem krwotoku śródczaszkowego będącego skutkiem urazu) leczony zachowawczo	2 690 zł	5 390 zł	8 160 zł
9	5 lat ¹	Krwotok śródczaszkowy (z wyłączeniem krwotoku śródczaszkowego będącego skutkiem urazu) leczony operacyjnie	3 470 zł	6 920 zł	10 520 zł
10	5 lat ¹	Naczyniak mózgowia leczony metodami śródnaczyniowymi lub technikami radiologii interwencyjnej	5 560 zł	11 130 zł	16 840 zł
11	5 lat ¹	Naczyniak mózgowia leczony operacyjnie z chirurgicznym otwarciem czaszki (z wyłączeniem metod śródnaczyniowych lub technik radiologii interwencyjnej)	13 250 zł	26 480 zł	40 140 zł
12	5 lat ¹	Naczyniak rdzenia leczony metodami śródnaczyniowymi lub technikami radiologii interwencyjnej	5 560 zł	11 130 zł	16 840 zł
13	5 lat ¹	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie (z wyłączeniem leczenia metodami śródnaczyniowymi lub metodami radiologii interwencyjnej)	6 280 zł	12 560 zł	19 020 zł
14	5 lat ¹	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczony zachowawczo	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
15	5 lat ¹	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczony operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
16	5 lat ¹	Łagodny nowotwór śródczaszkowy (z wyłączeniem naczyniaków mózgowia) leczony zachowawczo	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
17	5 lat ¹	Łagodny nowotwór śródczaszkowy (z wyłączeniem naczyniaków mózgowia lub nowotworów łagodnych przysadki) leczony operacyjnie	4 150 zł	8 300 zł	12 570 zł
18	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	3 260 zł	6 530 zł	9 900 zł
19	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki) leczony technikami radiologii interwencyjnej	5 540 zł	11 100 zł	16 830 zł
20	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki) leczony operacyjnie	10 590 zł	21 190 zł	32 100 zł
21	5 lat ¹	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	5 020 zł	10 050 zł	15 220 zł
22	5 lat ¹	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	5 020 zł	10 050 zł	15 220 zł
23	5 lat ¹	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	4 440 zł	8 880 zł	13 460 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
24	5 lat ¹	Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem leczona zachowawczo	2 280 zł	4 560 zł	6 900 zł
25	5 lat ¹	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski leczone zachowawczo	1 470 zł	2 920 zł	4 400 zł
26	5 lat ¹	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski leczone zabiegowo	2 770 zł	5 540 zł	8 410 zł
27	5 lat ¹	Zespół Guillaína-Barrego leczony zachowawczo	1 330 zł	2 640 zł	4 010 zł
28	5 lat ¹	Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo	1 470 zł	2 920 zł	4 400 zł
29	5 lat ¹	Stwardnienie zanikowe boczne leczone zachowawczo	4 150 zł	8 300 zł	12 570 zł
30	5 lat ¹	Stwardnienie zanikowe boczne leczone z zastosowaniem zabiegów tracheostomii lub przezskórnej gastrostomii endoskopowej (PEG)	4 440 zł	8 880 zł	13 460 zł
31	5 lat ¹	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwawk śródrdzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	3 650 zł	7 280 zł	11 020 zł
NARZĄD WZROKU					
32	5 lat ¹	Zapalenie tkanek oczodołu leczone zachowawczo	870 zł	1 740 zł	2 640 zł
33	5 lat ³	Krwawienie do przedniej komory oka (z wyłączeniem krwawienia spowodowanego urazem) leczone zachowawczo	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
34	5 lat ¹	Zaburzenia nerwu wzrokowego lub uszkodzenie drogi wzrokowej (z wyłączeniem leczenia skutków urazu oka) leczone zachowawczo	1 040 zł	2 090 zł	3 160 zł
35	5 lat ³	Choroba ciała szklatego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	3 020 zł	6 030 zł	9 060 zł
36	5 lat ³	Zaćma leczona operacyjnie metodą wszczepienia sztucznej soczewki	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
37	5 lat ³	Półpasiec oczny, wrzód rogówki, zapalenie rogówki lub twardówki leczone zachowawczo	870 zł	1 740 zł	2 640 zł
38	5 lat ³	Zapalenie błony naczyniowej oka leczone zachowawczo lub metodami laserowymi	870 zł	1 740 zł	2 640 zł
39	5 lat ¹	Choroba rogówki lub twardówki leczona zabiegowo (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	1 030 zł	2 040 zł	3 100 zł
40	5 lat ¹	Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
41	5 lat ¹	Choroba siatkówki leczona zachowawczo lub metodą iniekcji doszkliskowej (z wyłączeniem zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki lub światła żyły środkowej siatkówki)	740 zł	1 490 zł	2 260 zł
42	5 lat ¹	Zamknięcie światła żyły środkowej lub tętnicy środkowej siatkówki leczone zachowawczo	1 040 zł	2 090 zł	3 160 zł
43	5 lat ¹	Choroba siatkówki (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki) leczona operacyjnie (z wyłączeniem metody iniekcji doszkliskowej)	1 730 zł	3 490 zł	5 260 zł
44	5 lat ¹	Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie	1 160 zł	2 300 zł	3 490 zł
45	5 lat ³	Jaskra leczona zachowawczo lub metodami laserowymi	790 zł	1 580 zł	2 390 zł
46	5 lat ³	Jaskra leczona operacyjnie	1 030 zł	2 040 zł	3 100 zł
47	5 lat ¹	Choroba dróg odprowadzających tży leczona operacyjnie	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
48	5 lat ³	Choroba powieki (z wyłączeniem nowotworu skóry powieki lub zmian zwyrodnieniowych spojówek) leczona operacyjnie	260 zł	510 zł	770 zł
49	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie	390 zł	770 zł	1 160 zł
50	5 lat ³	Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie	740 zł	1 490 zł	2 260 zł
51	5 lat ³	Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie	1 610 zł	3 230 zł	4 850 zł
52	5 lat ³	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczone zachowawczo	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
53	5 lat ³	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej)	1 860 zł	3 720 zł	5 660 zł
54	5 lat ³	Nowotwór złośliwy gałki ocznej i oczodołu leczony operacyjnie z usunięciem gałki ocznej	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
OTOLARYNGOLOGIA					
55	5 lat ¹	Krwawienie z nosa (z wyłączeniem urazu nosa) leczone zachowawczo	260 zł	510 zł	770 zł
56	5 lat ¹	Krwawienie z nosa (z wyłączeniem polipa i urazu nosa) leczone metodą zabiegową	420 zł	850 zł	1 290 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
57	5 lat ¹	Przerost małżowin nosa lub skrzywienie przegrody nosa (z wyłączeniem urazu nosa) leczone operacyjnie	420 zł	850 zł	1 290 zł
58	5 lat ¹	Przerost lub zapalenie migdałków podniebiennych lub migdałka gardłowego leczone operacyjnie	740 zł	1 490 zł	2 260 zł
59	5 lat ¹	Zaburzenia równowagi pochodzenia błędnikowego leczone zachowawczo	540 zł	1 080 zł	1 630 zł
60	5 lat ³	Zapalenie ucha środkowego leczone zachowawczo	670 zł	1 360 zł	2 070 zł
61	5 lat ³	Zapalenie ucha środkowego leczone drenażem jamy bębnekowej	670 zł	1 360 zł	2 070 zł
62	5 lat ³	Zapalenie ucha środkowego z uszkodzeniem kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	1 880 zł	3 780 zł	5 690 zł
63	5 lat ³	Otoskleroza, perlak lub zapalenie ucha środkowego bez uszkodzenia kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	970 zł	1 960 zł	2 950 zł
64	5 lat ¹	Choroba ucha wewnętrznego leczona zachowawczo	870 zł	1 740 zł	2 640 zł
65	5 lat ³	Choroba ucha wewnętrznego leczona operacyjnie	1 200 zł	2 390 zł	3 620 zł
66	5 lat ¹	Choroba jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej lub ślinianki) leczona zachowawczo	600 zł	1 200 zł	1 810 zł
67	5 lat ¹	Choroba jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej lub chorób ślinianki) leczona operacyjnie	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
68	5 lat ³	Choroba ślinianki (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczona operacyjnie (z wyłączeniem całkowitego usunięcia ślinianki)	920 zł	1 840 zł	2 780 zł
69	5 lat ³	Choroba ślinianki (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczona operacyjnie z całkowitym usunięciem ślinianki	1 290 zł	2 590 zł	3 880 zł
70	5 lat ³	Nowotwór złośliwy ślinianki leczony operacyjnie	2 030 zł	4 060 zł	6 130 zł
71	5 lat ¹	Choroba gardła lub krtani (z wyłączeniem choroby migdałka lub nowotworu złośliwego gardła lub krtani) leczona zachowawczo	600 zł	1 200 zł	1 810 zł
72	5 lat ¹	Choroba gardła (z wyłączeniem nowotworu złośliwego gardła, przerostu lub zapalenia migdałków podniebiennych lub migdałka gardłowego) leczona operacyjnie	1 490 zł	2 990 zł	4 530 zł
73	5 lat ¹	Choroba krtani (z wyłączeniem nowotworu złośliwego krtani) leczona operacyjnie	1 820 zł	3 630 zł	5 490 zł
74	5 lat ¹	Polip nosa, nowotwór łagodny nosa, zapalenie lub nowotwór łagodny zatok przynosowych leczone operacyjnie	970 zł	1 960 zł	2 950 zł
75	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych leczony operacyjnie	2 030 zł	4 060 zł	6 130 zł
76	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony zachowawczo	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
77	5 lat ¹	Nowotwór łagodny jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu ślinianki) leczony operacyjnie	1 160 zł	2 320 zł	3 510 zł
78	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczony operacyjnie	2 030 zł	4 060 zł	6 130 zł
79	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jamy nosowej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego zatok) leczony operacyjnie	2 190 zł	4 400 zł	6 660 zł
80	5 lat ¹	Nowotwór lub choroba zapalna wyrostka sutkowatego kości skroniowej leczone operacyjnie	1 510 zł	3 020 zł	4 570 zł
81	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy gardła leczony zachowawczo	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
82	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy gardła leczony operacyjnie	2 990 zł	5 970 zł	9 060 zł
83	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy krtani leczony zachowawczo	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
84	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy krtani leczony operacyjnie	4 610 zł	9 220 zł	13 970 zł
UKŁAD ODDECHOWY					
85	5 lat ¹	Zapalenie oskrzeli leczone zachowawczo	600 zł	1 200 zł	1 810 zł
86	5 lat ¹	Zapalenie płuc lub zapalenie opłucnej leczone zachowawczo, w tym zabiegiem torakocentezy	1 030 zł	2 040 zł	3 100 zł
87	5 lat ¹	Choroba dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania bronchoskopii, ale niewymagająca wykonania diagnostyki inwazyjnej (torakoskopii, mediastinoskopii lub innych metod inwazyjnej diagnostyki), o ile w trakcie hospitalizacji nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	390 zł	770 zł	1 160 zł
88	5 lat ¹	Choroba dróg oddechowych diagnozowana z zastosowaniem diagnostyki inwazyjnej: torakoskopii, mediastinoskopii lub innych metod inwazyjnej diagnostyki (z wyłączeniem choroby dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania wyłącznie bronchoskopii), o ile w trakcie hospitalizacji nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	970 zł	1 960 zł	2 950 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
89	5 lat ¹	Astma oskrzelowa leczona zachowawczo	1 030 zł	2 040 zł	3 100 zł
90	5 lat ¹	Przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona zachowawczo	1 030 zł	2 040 zł	3 100 zł
91	5 lat ¹	Rozedma płuc leczona operacyjnie	1 250 zł	2 510 zł	3 810 zł
92	5 lat ¹	Guz śródpiersia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego) leczony operacyjnie	1 210 zł	2 410 zł	3 660 zł
93	5 lat ¹	Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł
94	5 lat ¹	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie	2 550 zł	5 110 zł	7 770 zł
95	5 lat ¹	Odma opłucnej (z wyłączeniem odmy pourazowej) leczona zachowawczo	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
96	5 lat ¹	Odma opłucnej leczona drenażem ssącym opłucnowym lub płyn w jamie opłucnej leczony drenażem chirurgicznym jamy opłucnej (z wyłączeniem ropniaka opłucnej, zapalenia opłucnej, odmy pourazowej lub wysięku pourazowego)	1 250 zł	2 510 zł	3 810 zł
97	5 lat ¹	Odma opłucnej (z wyłączeniem odmy pourazowej) leczona operacyjnie	2 550 zł	5 110 zł	7 770 zł
98	5 lat ¹	Ropniak jamy opłucnej leczony drenażem lub metodą nakłuć opłucnej	1 340 zł	2 680 zł	4 070 zł
99	5 lat ¹	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie	2 550 zł	5 110 zł	7 770 zł
100	5 lat ¹	Ropień płuca leczony operacyjnie	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
101	5 lat ¹	Wysięk opłucnowy (z wyłączeniem wysięków zapalnych lub pourazowych) leczony zachowawczo	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
102	5 lat ¹	Włóknienie płuc lub choroba śródmiąższowa płuc (z wyłączeniem sarkoidozy płuc) leczone zachowawczo	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł
103	5 lat ¹	Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
104	5 lat ¹	Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo	960 zł	1 920 zł	2 900 zł
105	5 lat ¹	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
106	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo	2 350 zł	4 690 zł	7 120 zł
107	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4 690 zł	9 380 zł	14 240 zł
108	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	7 120 zł	14 210 zł	21 550 zł
109	5 lat ¹	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej (z wyłączeniem nowotworów skóry) leczony zachowawczo	960 zł	1 920 zł	2 900 zł
110	5 lat ¹	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej (z wyłączeniem nowotworów skóry) leczony operacyjnie	1 620 zł	3 240 zł	4 910 zł
111	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
112	5 lat ¹	Ostra niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem respiratora	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
113	5 lat ¹	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	21 360 zł	42 730 zł	64 740 zł
UKŁAD KRAŻENIA					
114	5 lat ¹	Choroba serca i układu krążenia diagnozowana z zastosowaniem diagnostyki inwazyjnej (koronarografii lub innej angiografii wykonanych z wprowadzeniem cewnika do jam serca lub światła naczyni oraz z podaniem kontrastu)	420 zł	850 zł	1 290 zł
115	5 lat ³	Żylaki kończyny dolnej leczone operacyjnie lub zabiegowo	800 zł	1 620 zł	2 450 zł
116	5 lat ¹	Zator tętnicy płucnej leczony zachowawczo (z wyłączeniem wrodzonych zaburzeń krzepnięcia)	3 430 zł	6 870 zł	10 410 zł
117	5 lat ¹	Nadciśnienie tętnicze leczone zachowawczo	420 zł	850 zł	1 290 zł
118	5 lat ¹	Zapalenie osierdzia leczone zachowawczo	1 960 zł	3 930 zł	5 950 zł
119	5 lat ¹	Zapalenie mięśnia serca lub wsierdzia leczone zachowawczo	4 670 zł	9 330 zł	14 150 zł
120	5 lat ¹	Choroba niedokrwienna serca (z wyłączeniem ciężkiej niewydolności serca w klasie III lub IV NHA) leczona zachowawczo (z wyłączeniem inwazyjnych metod leczenia w tym angioplastyki, angioplastyki z implantacją stentu/stentów, pomostowania aortalno-wieńcowego)	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
121	5 lat ¹	Ostry zespół wieńcowy leczony wyłącznie zachowawczo bez stosowania angioplastyki	2 450 zł	4 910 zł	7 440 zł
122	5 lat / 18 mies. ²	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową bez zastosowania stentu	2 400 zł	4 830 zł	7 300 zł
123	5 lat / 18 mies. ²	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z użyciem stentu	5 110 zł	10 240 zł	15 480 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
124	5 lat / 18 mies. ²	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	9 430 zł	18 860 zł	28 570 zł
125	5 lat ¹	Migotanie lub trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo, w tym metodą kardiowersji	800 zł	1 610 zł	2 450 zł
126	5 lat ¹	Zaburzenia rytmu serca (z wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	1 080 zł	2 160 zł	3 250 zł
127	5 lat ¹	Zaburzenia rytmu serca leczone metodą ablacji przezskórnej	4 450 zł	8 920 zł	13 390 zł
128	5 lat ¹	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca lub operacją implantacji automatycznego kardiowertera-defibrylatora lub kardiowertera-defibrylatora z funkcją resynchronizacji	6 380 zł	12 770 zł	19 350 zł
129	5 lat ¹	Operacja wymiany stymulatora lub innego implantowanego urządzenia służącego do elektrote-rapii serca	5 540 zł	11 100 zł	16 830 zł
130	5 lat ¹	Ciężka niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA) leczona zachowawczo	3 710 zł	7 440 zł	11 160 zł
131	5 lat ¹	Choroba naczyń obwodowych - zakrzepica lub niedrożność (z wyłączeniem zatorowości płucnej, chorób tętnic mózgowych, wieńcowych, chorób żył powierzchownych lub niezakrzepowego zapalenia naczyń) leczona zachowawczo	1 510 zł	3 040 zł	4 610 zł
132	5 lat / 18 mies. ²	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią	5 320 zł	10 610 zł	16 070 zł
133	5 lat / 18 mies. ²	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem	3 890 zł	7 780 zł	11 790 zł
134	5 lat ¹	Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony technikami wewnątrznaczyńiowymi lub radiologii interwencyjnej	5 110 zł	10 240 zł	15 480 zł
135	5 lat ¹	Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętniaków leczonych technikami wewnątrznaczyńiowymi lub radiologii interwencyjnej)	12 190 zł	24 370 zł	36 920 zł
136	5 lat / 18 mies. ²	Niedrożność lub zwężenie naczyń (z wyłączeniem tętnicy szyjnej lub tętnicy wieńcowej) spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przezskórną plastiką wewnątrznaczyńiową z zastosowaniem stentu	3 550 zł	7 090 zł	10 740 zł
137	5 lat / 18 mies. ²	Niedrożność lub zwężenie naczyń (z wyłączeniem tętnicy szyjnej lub tętnicy wieńcowej) spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy (z wyłączeniem metod wewnątrznaczyńiowych)	4 420 zł	8 840 zł	13 390 zł
138	5 lat ¹	Tętniak aorty leczony metodą wewnątrznaczyńiową (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej)	7 610 zł	15 220 zł	23 080 zł
139	5 lat ¹	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	7 350 zł	14 730 zł	22 320 zł
140	5 lat ¹	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórnej plastik wewnątrznaczyńiowej z zastosowaniem stentu)	9 650 zł	19 320 zł	29 260 zł
141	5 lat ¹	Tętniak naczynia tętniczego (z wyłączeniem aorty) leczony przy użyciu metod wewnątrznaczyńiowych	4 830 zł	9 620 zł	14 570 zł
142	5 lat ¹	Tętniak naczynia tętniczego (z wyłączeniem aorty) leczony operacyjnie (z wyłączeniem metod wewnątrznaczyńiowych)	4 910 zł	9 810 zł	14 880 zł
143	5 lat / 18 mies. ²	Wada zastawkowa serca leczona zabiegowo metodami endowaskularnymi	4 780 zł	9 580 zł	14 370 zł
144	5 lat / 18 mies. ²	Wada zastawkowa serca leczona operacyjnie (z wyłączeniem metod endowaskularnych lub ope-racji wymiany zastawki)	7 120 zł	14 210 zł	21 550 zł
145	5 lat / 18 mies. ²	Wada zastawkowa serca leczona operacyjną wymianą zastawki serca	10 300 zł	20 630 zł	31 250 zł
146	5 lat ¹	Niewydolność serca leczona operacyjnie przeszczepem serca	21 360 zł	42 730 zł	64 740 zł
UKŁAD POKARMOWY					
147	5 lat ¹	Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodu pokarmowego w trakcie diagnostyki, o ile nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia związanego z tymi dolegliwościami	420 zł	850 zł	1 290 zł
148	5 lat ¹	Zapalenie przełyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	920 zł	1 840 zł	2 780 zł
149	5 lat ¹	Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo	830 zł	1 660 zł	2 510 zł
150	5 lat ¹	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	610 zł	1 230 zł	1 860 zł
151	5 lat ¹	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczona operacyjnie	2 250 zł	4 480 zł	6 780 zł
152	5 lat ¹	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową	1 830 zł	3 670 zł	5 560 zł
153	5 lat ¹	Żylaki przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	1 000 zł	2 010 zł	3 030 zł
154	5 lat ¹	Żylaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie (z wyłączeniem metody endoskopowej)	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
155	5 lat ¹	Zapalenie wyrostka robaczkowego (z wyłączeniem zapalenia wyrostka robaczkowego powikłanego rozlanym zapaleniem otrzewnej) leczone operacyjnie	920 zł	1 840 zł	2 780 zł
156	5 lat ¹	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	1 480 zł	2 950 zł	4 470 zł
157	5 lat ³	Przepuklina pachwinowa, mosznowa lub udowa leczona operacyjnie	780 zł	1 570 zł	2 380 zł
158	5 lat ¹	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie	1 080 zł	2 150 zł	3 250 zł
159	5 lat ¹	Przepuklina brzuszna, w tym przepuklina w bliżniej pooperacyjnej (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej) leczona operacyjnie	1 010 zł	2 030 zł	3 070 zł
160	5 lat ¹	Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
161	5 lat ¹	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie lub zabiegowo	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
162	5 lat ¹	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	660 zł	1 330 zł	2 000 zł
163	5 lat ¹	Choroba jelita grubego (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub nowotworu złośliwego jelita grubego) leczona operacyjnie	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
164	5 lat ¹	Przewlekła choroba zapalna jelita (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego) leczona zachowawczo	1 250 zł	2 530 zł	3 800 zł
165	5 lat ¹	Ostre zapalenie żołądkowo-jelitowe leczone zachowawczo	640 zł	1 290 zł	1 940 zł
166	5 lat ¹	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
167	5 lat ¹	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	3 670 zł	7 340 zł	11 130 zł
168	5 lat ¹	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	5 110 zł	10 250 zł	15 540 zł
169	5 lat ¹	Niedrożność jelit leczona zachowawczo	1 490 zł	2 990 zł	4 530 zł
170	5 lat ¹	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
171	5 lat ¹	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
172	5 lat ¹	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie	2 770 zł	5 540 zł	8 410 zł
173	5 lat ¹	Choroba jelita cienkiego (z wyłączeniem niedrożności lub martwicy jelit, ostrego niedokrwienia jelit, zrostów jelitowych, a także ich powikłań) leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
174	5 lat ¹	Choroba jelita cienkiego (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit, zrostów jelitowych, a także ich powikłań) leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii	4 590 zł	9 160 zł	13 890 zł
175	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego lub przestrzeni zaotrzewnowej leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła lub nowotworu złośliwego żołądka leczonego z wykonaniem endoskopii)	2 550 zł	5 110 zł	7 770 zł
176	5 lat ¹	Zwężenie przełyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
177	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie	3 380 zł	6 760 zł	10 250 zł
178	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii	3 080 zł	6 160 zł	9 340 zł
179	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie	5 110 zł	10 250 zł	15 540 zł
180	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej leczony operacyjnie	3 670 zł	7 340 zł	11 130 zł
181	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jelita grubego (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbytwowego) leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
182	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jelita grubego (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbytwowego) leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii	4 590 zł	9 160 zł	13 890 zł
183	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy odbytniczno-odbytowy leczony operacyjnie	3 670 zł	7 340 zł	11 130 zł
184	5 lat ¹	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo	1 160 zł	2 320 zł	3 490 zł
185	5 lat ¹	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych (z wyłączeniem nowotworu) leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW	1 120 zł	2 260 zł	3 420 zł
186	5 lat ¹	Kamica, polip pęcherzyka żółciowego lub kamica przewodowa leczone operacyjnie	1 420 zł	2 850 zł	4 270 zł
187	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony zachowawczo	2 550 zł	5 110 zł	7 770 zł
188	5 lat ¹	Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo	2 010 zł	4 030 zł	6 100 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
189	5 lat ¹	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4 780 zł	9 580 zł	14 500 zł
190	5 lat ¹	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	7 120 zł	14 210 zł	21 550 zł
191	5 lat ¹	Choroba wątroby (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby lub niewydolności wątroby) leczona zachowawczo	1 200 zł	2 390 zł	3 620 zł
192	5 lat ¹	Niewydolność lub marskość wątroby (z wyłączeniem marskości alkoholowej) leczona zachowawczo	2 390 zł	4 780 zł	7 240 zł
193	5 lat ¹	Ropień wątroby leczony operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
194	5 lat ¹	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie	3 560 zł	7 140 zł	10 800 zł
195	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
196	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie	5 970 zł	11 950 zł	18 130 zł
197	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo	4 480 zł	8 970 zł	13 590 zł
198	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	3 080 zł	6 160 zł	9 340 zł
199	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie	6 830 zł	13 660 zł	20 720 zł
200	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
201	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo	3 200 zł	6 400 zł	9 700 zł
202	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie	5 770 zł	11 530 zł	17 470 zł
203	5 lat ¹	Niewydolność wątroby (z wyłączeniem alkoholowej marskości wątroby) leczona operacyjnie przeszczepem wątroby	21 360 zł	42 730 zł	64 740 zł
UKŁAD RUCHU					
204	–	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	670 zł	1 360 zł	2 070 zł
205	–	Złamanie kości ręki leczone operacyjnie	980 zł	1 980 zł	3 000 zł
206	–	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki (z wyłączeniem stawu promieniowo-nadgarstkowego lub kości nadgarstka) leczone operacyjnie	980 zł	1 980 zł	3 000 zł
207	–	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego lub złamanie kości nadgarstka leczone operacyjnie	980 zł	1 980 zł	3 000 zł
208	–	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone zachowawczo	670 zł	1 360 zł	2 070 zł
209	–	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	910 zł	1 830 zł	2 770 zł
210	–	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	1 220 zł	2 430 zł	3 690 zł
211	–	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone zachowawczo	470 zł	950 zł	1 440 zł
212	–	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	1 620 zł	3 240 zł	4 890 zł
213	–	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	2 390 zł	4 760 zł	7 210 zł
214	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką częściową	4 750 zł	9 500 zł	14 400 zł
215	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	6 830 zł	13 660 zł	20 720 zł
216	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴	4 750 zł	9 500 zł	14 400 zł
217	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴	6 830 zł	13 660 zł	20 720 zł
218	–	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki lub artroskopii leczniczej)	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
219	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką częściową	4 150 zł	8 300 zł	12 570 zł
220	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	5 970 zł	11 950 zł	18 130 zł
221	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki lub artroskopii leczniczej)	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
222	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴	4 150 zł	8 300 zł	12 570 zł
223	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴	5 970 zł	11 950 zł	18 130 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
224	–	Złamanie kości obręczy kończyny górnej (obojczyk, łopatką) leczone zachowawczo	600 zł	1 200 zł	1 810 zł
225	–	Złamanie kości obręczy kończyny górnej (obojczyk, łopatką) leczone operacyjnie	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
226	–	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	2 770 zł	5 540 zł	8 410 zł
227	–	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem artroskopii leczniczej i endoprotezoplastyki)	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
228	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
229	–	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	10 980 zł
230	–	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczona operacyjnie	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
231	–	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczona operacyjnie	1 030 zł	2 070 zł	3 100 zł
232	–	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczona operacyjnie	2 800 zł	5 630 zł	8 540 zł
233	–	Złamanie kości stopy leczone zachowawczo	670 zł	1 360 zł	2 070 zł
234	–	Urazowe uszkodzenie struktur kostnych stopy leczone operacyjnie	1 200 zł	2 400 zł	3 630 zł
235	5 lat ³	Nabyte zniekształcenie koślawe palucha leczone operacyjnie	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
236	5 lat ³	Nabyte zniekształcenie palców stopy (z wyłączeniem zniekształcenia koślawego palucha) leczone operacyjnie	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
237	–	Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni (z wyłączeniem złamania wielomiejscowego kości kończyny dolnej z jednoczesnym uszkodzeniem struktur stawowych) leczone operacyjnie	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł
238	–	Złamanie trzonu kości podudzia lub kostek goleni leczone zachowawczo	470 zł	950 zł	1 440 zł
239	–	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	1 620 zł	3 240 zł	4 890 zł
240	–	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	2 390 zł	4 760 zł	7 210 zł
241	–	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone zachowawczo	1 660 zł	3 330 zł	5 040 zł
242	–	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie	3 200 zł	6 410 zł	9 700 zł
243	–	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z jednoczesnym uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	4 270 zł	8 540 zł	12 950 zł
244	–	Złamanie kości obu kończyn dolnych z przemieszczeniem leczone operacyjnie	9 380 zł	18 790 zł	28 480 zł
245	–	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie	3 200 zł	6 400 zł	9 700 zł
246	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką częściową	4 480 zł	8 970 zł	13 590 zł
247	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	6 400 zł	12 810 zł	19 420 zł
248	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
249	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴	4 480 zł	8 970 zł	13 590 zł
250	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴	6 400 zł	12 810 zł	19 420 zł
251	–	Złamanie kości stawu kolanowego leczone zachowawczo	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
252	–	Złamanie kości biodrowej (w tym kości miednicy) leczone zachowawczo	1 120 zł	2 260 zł	3 410 zł
253	–	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	4 020 zł	8 040 zł	12 170 zł
254	–	Urazowe zwinięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	940 zł	1 880 zł	2 850 zł
255	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
256	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	5 540 zł	11 100 zł	16 830 zł
257	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
258	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴	5 540 zł	11 100 zł	16 830 zł
259	–	Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
260	–	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	940 zł	1 880 zł	2 850 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
261	5 lat ¹	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone zachowawczo (z wyłączeniem stawu biodrowego)	670 zł	1 360 zł	2 070 zł
262	5 lat ¹	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodami zabiegowymi: ostrzykiwanie, leczenie z zastosowaniem komórek macierzystych, osocza	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
263	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej (z wyłączeniem artroskopii diagnostycznej lub artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących)	900 zł	1 790 zł	2 720 zł
264	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących	1 420 zł	2 850 zł	4 300 zł
265	–	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	1 360 zł	2 740 zł	4 140 zł
266	–	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem usunięcia materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej)	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł
267	–	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra lub uda leczona operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	10 980 zł
268	–	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczona operacyjnie	2 800 zł	5 630 zł	8 540 zł
269	–	Amputacja urazowa stopy lub palców stopy	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
270	5 lat ¹	Amputacja całej kończyny dolnej z przyczyn chorobowych	4 750 zł	9 500 zł	14 400 zł
271	5 lat ¹	Amputacja kończyny dolnej z przyczyn chorobowych na wysokości podudzia	2 390 zł	4 760 zł	7 210 zł
272	5 lat ¹	Amputacja kończyny dolnej z przyczyn chorobowych na wysokości stawu skokowego	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
273	5 lat ¹	Amputacja części stopy lub palców stopy z przyczyn chorobowych	940 zł	1 880 zł	2 850 zł
274	5 lat ³	Zakażenie tkanek miękkich w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	2 770 zł	5 540 zł	8 390 zł
275	–	Złamanie kości kręgosłupa (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa w przebiegu choroby nowotworowej) leczone zachowawczo	1 820 zł	3 630 zł	5 490 zł
276	–	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
277	–	Uraz kręgosłupa (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa lub złamania kości obręczy kończyny dolnej) leczony zachowawczo	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
278	5 lat ¹	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
279	5 lat ¹	Dyskopatia kręgosłupa z zespołem neurologicznym leczona operacyjnie (z wyłączeniem małoinwazyjnych metod zabiegowych)	1 550 zł	3 100 zł	4 650 zł
280	5 lat ¹	Dyskopatia kręgosłupa z zespołem neurologicznym leczona zachowawczo lub małoinwazyjnymi metodami zabiegowymi	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
281	5 lat ¹	Skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	9 740 zł	19 470 zł	29 510 zł
282	5 lat ¹	Osteoporoza bez złamań osteoporotycznych leczona zachowawczo	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
283	5 lat ¹	Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgów)	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
284	5 lat ¹	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	2 260 zł	4 500 zł	6 830 zł
285	5 lat ¹	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	4 060 zł	8 100 zł	12 290 zł
286	5 lat ¹	Zakażenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu (z wyłączeniem boreliozy) leczone zachowawczo	1 970 zł	3 940 zł	5 970 zł
287	5 lat ¹	Zapalenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu (z wyłączeniem boreliozy, zakażenia stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu lub zapalenia stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej) leczone zachowawczo	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
288	5 lat ¹	Jąłowa martwica kości leczona zachowawczo	1 620 zł	3 240 zł	4 910 zł
289	5 lat ³	Jąłowa martwica kości leczona operacyjnie	2 350 zł	4 690 zł	7 120 zł
290	5 lat ¹	Choroba układu mięśniowego (z wyłączeniem choroby mięśnia obręczy kończyny dolnej) leczona zachowawczo	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
291	5 lat ¹	Choroba układu mięśniowego leczona operacyjnie	900 zł	1 790 zł	2 720 zł
292	–	Urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	1 390 zł	2 800 zł	4 270 zł
293	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej (z wyłączeniem kości kręgosłupa) leczony zachowawczo	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
294	5 lat ¹	Nowotwór łagodny tkanki kostnej leczony operacyjnie	670 zł	1 360 zł	2 070 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
295	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony zachowawczo	2 010 zł	4 020 zł	6 080 zł
296	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony operacyjnie	4 530 zł	9 030 zł	13 700 zł
297	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej (z wyłączeniem kości kręgosłupa) leczony operacyjnie	2 350 zł	4 690 zł	7 120 zł
SKÓRA					
298	5 lat ¹	Nowotwór łagodny skóry (z wyłączeniem nowotworu sutka, nowotworu powieki, torbieli włosowej lub znamion barwnikowych) leczony operacyjnie	610 zł	1 230 zł	1 850 zł
299	5 lat ¹	Choroba alergiczna skóry leczona zachowawczo	510 zł	1 030 zł	1 550 zł
300	5 lat ¹	Choroba ropna skóry, choroba pęcherzowa skóry (z wyłączeniem chorób zakaźnych) leczone zachowawczo	950 zł	1 900 zł	2 890 zł
301	5 lat ¹	Choroba ropna skóry, owrzodzenie skóry lub martwica skóry (z wyłączeniem martwicy będącej skutkiem urazu) leczone zabiegowo (z wyłączeniem przeszczepu skóry)	1 120 zł	2 260 zł	3 410 zł
302	5 lat ³	Owrzodzenie podudzi leczone operacyjnie przeszczepem skóry	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł
303	5 lat ¹	Toczeń skórny, rumień guzowaty (z wyłączeniem rumienia guzowatego towarzyszącego sarkoidozie lub chorobom zapalnym jelit) leczony zachowawczo	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
304	5 lat ¹	Łuszczyca skóry lub choroba wynikająca z nadmiernego rogowacenia skóry (z wyłączeniem łuszczycy stawowej) leczona zachowawczo	1 690 zł	3 370 zł	5 100 zł
305	5 lat ¹	Liszaj płaski leczony zachowawczo	640 zł	1 260 zł	1 940 zł
306	5 lat ¹	Martwicze zapalenie skóry leczone zachowawczo	1 460 zł	2 900 zł	4 400 zł
307	5 lat ¹	Torbiel włosowa leczona operacyjnie	660 zł	1 330 zł	2 010 zł
308	5 lat ³	Choroba sutka diagnozowana z zastosowaniem biopsji gruboigłowej lub chirurgicznej	390 zł	770 zł	1 160 zł
309	5 lat ³	Choroba sutka (z wyłączeniem nowotworu sutka lub rekonstrukcji sutka po uprzednim operacyjnym leczeniu nowotworu sutka) leczona operacyjnie	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
310	5 lat ³	Nowotwór łagodny sutka leczony operacyjnie	850 zł	1 700 zł	2 590 zł
311	5 lat ³	Nowotwór złośliwy sutka leczony zachowawczo	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
312	5 lat ³	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych lub z procedurą węzła wartowniczego	1 610 zł	3 230 zł	4 850 zł
313	5 lat ³	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych (z wyłączeniem nowotworu złośliwego sutka lezonego operacyjnie z zastosowaniem jedynie procedury węzła wartowniczego)	3 200 zł	6 400 zł	9 700 zł
314	5 lat ¹	Przerzuty raka sutka do węzłów chłonnych leczone operacyjnie	1 610 zł	3 230 zł	4 850 zł
315	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy skóry tułowia, głowy (z wyłączeniem nowotworu złośliwego skóry twarzy lub szyi) leczony operacyjnie	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
316	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy skóry twarzy lub szyi leczony operacyjnie	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
317	5 lat ³	Nowotwór złośliwy skóry kończyny górnej leczony operacyjnie	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
318	5 lat ³	Nowotwór złośliwy skóry kończyny dolnej leczony operacyjnie	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
ENDOKRYNOLOGIA					
319	5 lat ¹	Cukrzyca leczona zachowawczo	1 460 zł	2 900 zł	4 400 zł
320	5 lat ¹	Śpiączka cukrzycowa leczona zachowawczo	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
321	5 lat ¹	Choroba narządu układu wydzielania wewnętrznego (z wyłączeniem cukrzycy, śpiączki cukrzycowej, nowotworu przysadki mózgowej lub nowotworu złośliwego tarczycy) leczona zachowawczo	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
322	5 lat ¹	Choroba tarczycy (z wyłączeniem nowotworu złośliwego) leczona operacyjnie	1 580 zł	3 180 zł	4 760 zł
323	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy tarczycy leczony operacyjnie	2 270 zł	4 550 zł	6 880 zł
324	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy tarczycy leczony zachowawczo	1 960 zł	3 930 zł	5 900 zł
325	5 lat ¹	Choroba przytarczyc leczona operacyjnie	2 730 zł	5 450 zł	8 240 zł
326	5 lat ¹	Choroba przysadki mózgowej leczona operacyjnie	4 910 zł	9 810 zł	14 880 zł
327	5 lat ³	Choroba nadnerczy leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	2 610 zł	5 210 zł	7 900 zł
328	5 lat ³	Nowotwór złośliwy nadnercza leczony operacyjnie	3 160 zł	6 310 zł	9 580 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
UKŁAD MOCZOWY					
329	5 lat ¹	Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki, o ile nie posta-wiono ostatecznego rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	510 zł	1 030 zł	1 550 zł
330	5 lat ¹	Zakażenie układu moczowego (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego) lub kolka nerkowa le-czone zachowawczo	550 zł	1 100 zł	1 680 zł
331	5 lat ¹	Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL	660 zł	1 330 zł	2 000 zł
332	5 lat ¹	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL)	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
333	5 lat ¹	Choroby zapalne nerek (z wyłączeniem zakażenia układu moczowego, zapalenia cewki moczow-wej lub pęcherza moczowego) leczone zachowawczo	660 zł	1 330 zł	2 000 zł
334	5 lat ¹	Choroba układu moczowego leczona metodami endoskopii przezcewkowej	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł
335	5 lat ¹	Choroba pęcherza moczowego leczona operacyjnie z zastosowaniem urostomii	2 350 zł	4 690 zł	7 120 zł
336	5 lat ¹	Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo	1 620 zł	3 240 zł	4 910 zł
337	5 lat ¹	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	2 610 zł	5 210 zł	7 900 zł
338	5 lat ¹	Choroba układu moczowego leczona operacyjnie z zastosowaniem urostomii (z wyłączeniem cho-rob pęcherza moczowego leczonej operacyjnie z zastosowaniem urostomii)	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
339	5 lat ¹	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, przetok lub gruźlicy układu moczowego) leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia z zastoso-waniem urostomii lub kamicy układu moczowego leczonej z użyciem ESWL lub chorób układu mo-czowego leczonych metodami endoskopii przezcewkowej)	3 020 zł	6 050 zł	9 160 zł
340	5 lat ¹	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie lub zabiegowo	1 630 zł	3 270 zł	4 960 zł
341	5 lat ¹	Nietrzymanie moczu (z wyłączeniem nietrzymania moczu w przebiegu wypadania narządu rod-nego) leczone metodami laserowymi	1 180 zł	2 350 zł	3 550 zł
342	5 lat ¹	Nietrzymanie moczu (z wyłączeniem nietrzymania moczu w przebiegu wypadania narządu rod-nego) leczone operacyjnie	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
343	5 lat ¹	Przetoki układu moczowego leczone operacyjnie	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
344	5 lat ¹	Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo	1 820 zł	3 630 zł	5 490 zł
345	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (z wyłączeniem nowotworu o dużym zaawansowaniu miejscowym) leczony operacyjnie	3 580 zł	7 180 zł	10 870 zł
346	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony opera-cyjnie wycięciem pęcherza moczowego wraz z nacieczonymi innymi częściami układu moczowe-go (nerki, moczowodu, cewki moczowej) lub narządów sąsiednich (z wyłączeniem węzłów chłonn-ych i przerzutów odległych)	5 800 zł	11 610 zł	17 600 zł
347	5 lat ³	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie	4 480 zł	8 970 zł	13 590 zł
348	5 lat ¹	Niewydolność nerek leczona operacyjnie przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8 540 zł	17 090 zł	25 890 zł
349	5 lat ¹	Niewydolność nerek leczona operacyjnie przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	10 250 zł	20 500 zł	31 070 zł
MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE					
350	5 lat ¹	Łagodny rozrost gruczołu krokowego diagnozowany z zastosowaniem biopsji	390 zł	770 zł	1 160 zł
351	5 lat ¹	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem przepukliny mosznowej, chorób przenoszo-nych drogą płciową, a także nowotworów) leczona zachowawczo	710 zł	1 390 zł	2 130 zł
352	5 lat ¹	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem choroby napletka, przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową lub nowotworów złośliwych) leczona operacyjnie z niepowi-łkanym przebiegiem leczenia	960 zł	1 920 zł	2 900 zł
353	5 lat ¹	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem choroby napletka, przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową lub nowotworów złośliwych) leczona operacyjnie z powikła-nym przebiegiem leczenia	1 220 zł	2 450 zł	3 690 zł
354	5 lat ¹	Choroba napletka leczona operacyjnie	390 zł	770 zł	1 160 zł
355	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy męskich narządów płciowych leczony zachowawczo	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
356	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	1 610 zł	3 230 zł	4 850 zł
357	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	2 800 zł	5 630 zł	8 540 zł
358	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	1 860 zł	3 720 zł	5 660 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
359	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	3 180 zł	6 370 zł	9 630 zł
360	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii częściowej	2 820 zł	5 660 zł	8 570 zł
361	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii radykalnej	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE					
362	5 lat ¹	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wytyżeczkowania leczniczego lub diagnostycznego macicy, biopsji macicy, histeroskopowego usunięcia polipa lub mięśniaka macicy	520 zł	1 070 zł	1 610 zł
363	5 lat ¹	Choroba żeńskich narządów płciowych (z wyłączeniem nowotworu jajnika, jajowodu lub macicy) leczona zachowawczo	800 zł	1 590 zł	2 420 zł
364	5 lat ¹	Choroba szyjki macicy leczona konizacją chirurgiczną/elektrokonizacją lub przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokautezy, krioterapii, laseroterapii	970 zł	1 950 zł	2 950 zł
365	5 lat ¹	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	800 zł	1 610 zł	2 420 zł
366	5 lat ¹	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych, niepłodności, a także z wyłączeniem chorób szyjki macicy leczonych konizacją chirurgiczną / elektrokonizacją lub przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokautezy, krioterapii, laseroterapii, lub histeroskopowego usunięcia polipa lub mięśniaka)	1 290 zł	2 560 zł	3 880 zł
367	5 lat ¹	Obniżenie lub wypadanie żeńskich narządów płciowych lub wysiłkowe nietrzymanie moczu leczone operacyjnie	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
368	5 lat ¹	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	800 zł	1 620 zł	2 450 zł
369	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	2 030 zł	4 060 zł	6 140 zł
370	5 lat ³	Torbiel jajnika, nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepewnym przebiegiem leczenia	1 700 zł	3 410 zł	5 180 zł
371	5 lat ³	Torbiel jajnika, nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z pewnym przebiegiem leczenia	2 040 zł	4 090 zł	6 210 zł
372	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	2 270 zł	4 540 zł	6 870 zł
373	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	2 990 zł	5 970 zł	9 060 zł
374	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy macicy, sromu lub pochwy leczony zachowawczo	1 590 zł	3 200 zł	4 850 zł
375	5 lat ¹	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie	1 720 zł	3 460 zł	5 230 zł
376	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	2 290 zł	4 590 zł	6 960 zł
377	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	2 650 zł	5 340 zł	8 080 zł
378	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	2 880 zł	5 770 zł	8 730 zł
379	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	3 630 zł	7 250 zł	11 000 zł
HEMATOLOGIA					
380	5 lat ¹	Niedokrwistość leczona przetoczeniem krwi (z wyłączeniem leczenia związanego z porodem lub połogiem lub skutków leczenia operacyjnego, a także skutków leczenia urazu) lub zaburzenie hemostazy, skaza krwotoczna leczone zachowawczo (z wyłączeniem dziedzicznych zaburzeń krzepnięcia krwi, zakrzepicy i wtórnej małopłytkowości spowodowanej chorobą rozrostową układu krwiotwórczego lub będącej wynikiem chemio- i/lub radioterapii)	970 zł	1 950 zł	2 950 zł
381	5 lat ¹	Choroba hematologiczna leczona operacyjnie usunięciem śledziony	2 650 zł	5 340 zł	8 080 zł
382	5 lat ¹	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczony zachowawczo	3 530 zł	7 040 zł	10 670 zł
383	5 lat ¹	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczony autologicznym lub izogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku (w tym także komórek macierzystych wyizolowanych z krwi obwodowej)	14 950 zł	29 910 zł	45 310 zł
384	5 lat ¹	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczony allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku	17 090 zł	34 180 zł	51 790 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
TRAUMATOLOGIA					
385	-	Uraz wielonarządowy lub uraz wielomiejscowy narządu ruchu wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	2 400 zł	4 790 zł	7 280 zł
386	-	Złamania kości sklepienia lub podstawy czaszki (z wyłączeniem kości twarzoczaszki) leczone zachowawczo	770 zł	1 550 zł	2 320 zł
387	-	Złamania kości sklepienia lub podstawy czaszki (z wyłączeniem kości twarzoczaszki) leczone operacyjnie	1 860 zł	3 720 zł	5 660 zł
388	-	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy leczony zachowawczo	5 340 zł	10 670 zł	16 180 zł
389	-	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy leczony operacyjnie	6 400 zł	12 810 zł	19 420 zł
390	-	Uraz głowy ze wstrząśnięciem mózgu leczony zachowawczo	1 070 zł	2 130 zł	3 230 zł
391	-	Uraz nosa lub ucha (z wyłączeniem złamania kości twarzoczaszki) leczony zachowawczo (w tym z zastosowaniem tamponady)	590 zł	1 200 zł	1 810 zł
392	-	Złamanie kości twarzoczaszki leczone zachowawczo	750 zł	1 510 zł	2 270 zł
393	-	Uraz nosa lub ucha (z wyłączeniem złamania kości twarzoczaszki) leczony operacyjnie	850 zł	1 710 zł	2 590 zł
394	-	Złamanie kości twarzoczaszki bez złamania oczodołu leczone operacyjnie	1 730 zł	3 470 zł	5 240 zł
395	-	Złamanie kości twarzoczaszki ze złamaniem oczodołu leczone operacyjnie	4 400 zł	8 800 zł	13 330 zł
396	-	Uraz oka lub otaczających je tkanek miękkich leczony zachowawczo	940 zł	1 860 zł	2 820 zł
397	-	Uraz oka lub otaczających je tkanek miękkich leczony operacyjnie	1 290 zł	2 590 zł	3 880 zł
398	-	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
399	-	Uraz gardła lub krtani leczony zachowawczo	640 zł	1 290 zł	1 940 zł
400	-	Uraz gardła lub krtani leczony operacyjnie	1 460 zł	2 890 zł	4 370 zł
401	-	Uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuca lub krwiakiem opłucnej albo odmą opłucnej ze złamaniem jednego lub więcej żeber leczony zachowawczo lub drenażem opłucnej	2 130 zł	4 270 zł	6 470 zł
402	-	Uraz narządów klatki piersiowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem urazu klatki piersiowej leczonego wyłącznie drenażem chirurgicznym opłucnej)	2 560 zł	5 110 zł	7 770 zł
403	-	Uraz narządów jamy brzusznej lub układu moczowo-płciowego leczony zachowawczo	1 460 zł	2 890 zł	4 370 zł
404	-	Uraz narządów jamy brzusznej (z wyłączeniem urazu narządów układu moczowo-płciowego) leczony operacyjnie	2 400 zł	4 790 zł	7 280 zł
405	-	Uraz narządów układu moczowo-płciowego leczony operacyjnie	2 820 zł	5 660 zł	8 570 zł
406	-	Rana otwarta skóry zaopatrzona chirurgicznie	520 zł	1 070 zł	1 610 zł
407	-	Rozległe oparzenie skóry (obejmujące co najmniej 10% TBSA) leczone zachowawczo	1 460 zł	2 890 zł	4 370 zł
408	-	Rozległy ubytek lub martwica skóry kończyny górnej wywołane urazem leczone operacyjnie	2 850 zł	5 690 zł	8 600 zł
409	-	Rozległy ubytek lub martwica skóry kończyny dolnej wywołane urazem leczone operacyjnie	2 850 zł	5 690 zł	8 600 zł
410	-	Rozległy ubytek lub martwica skóry tułowia, szyi lub owłosionej skóry głowy wywołane urazem leczone operacyjnie	2 240 zł	4 450 zł	6 690 zł
411	-	Rozległy ubytek lub martwica skóry twarzy wywołane urazem leczone operacyjnie	5 950 zł	11 890 zł	18 010 zł
CHOROBY UKŁADOWE LUB OGÓLNOUSTROJOWE					
412	5 lat ¹	Reumatoidalne zapalenie stawów, toczень układowy, twardzina układowa, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, zapalenie naczyń z martwicą leczone zachowawczo	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
413	5 lat ¹	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia układowego, twardziny układowej, zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa, zapalenia naczyń z martwicą)	1 160 zł	2 300 zł	3 490 zł
414	5 lat ¹	Zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo z wyłączeniem zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczonego zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego	1 360 zł	2 740 zł	4 140 zł
415	5 lat ¹	Choroba infekcyjna ośrodkowego układu nerwowego (z wyłączeniem neuroboreliozy), zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego	3 830 zł	7 680 zł	11 650 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
416	5 lat ¹	Choroba zakaźna leczona zachowawczo (z wyłączeniem zapalenia gardła, krtani, ucha lub tkanek oczodołu, półpaśca ocznego, chorób przenoszonych drogą płciową, zakażenia układu moczowego, układu kostnego, stawów lub tkanek okołostawowych, zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, choroby infekcyjnej ośrodkowego układu nerwowego leczonej zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego, zatrucia lub zakażenia pokarmowego lub chorób zapalnych płuc lub oskrzeli)	1 260 zł	2 550 zł	3 880 zł
417	5 lat ¹	Wstrząs septyczny leczony zachowawczo	1 920 zł	3 830 zł	5 820 zł
418	5 lat ¹	Otyłość leczona metodami endoskopowymi (z wyłączeniem leczenia zachowawczego, leczenia operacyjnego metodą otwartą, leczenia laparoskopowego lub liposukcji)	740 zł	1 490 zł	2 260 zł
419	5 lat ¹	Otyłość leczona operacyjnie metodą otwartą lub laparoskopowo	1 030 zł	2 070 zł	3 100 zł

Część II. Inne Postępowania Medyczne

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
420	5 lat ¹	Inne Postępowanie Medyczne	640 zł	1 290 zł	1 940 zł

Część III. Postępowania Medyczne SOR

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
421	12 miesięcy ¹	Postępowanie Medyczne SOR	130 zł	190 zł	260 zł

Część IV. Postępowania Medyczne Ambulatoryjne

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
422	12 miesięcy ¹	Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne	390 zł	770 zł	1 160 zł

Część V. Okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Dodatkowe

Nr poz.	Okoliczności wypłaty	Poziom Świadczeń		
		I	II	III
423	Medyczne zalecenie poddania się chemio-, radio-, hormono- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym Głównym Postępowaniem Medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek	770 zł	1 550 zł	2 320 zł
424	Stacjonarne leczenie rehabilitacyjne w związku z zespołem ostrego niedokrwienia serca / zawalem serca / operacją serca / udarem mózgu, przeprowadzone w sanatorium / szpitalu uzdrowiskowym / stacjonarnym zakładzie rehabilitacji, w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia Pobytu w Szpitalu, podczas którego zastosowano Główne Postępowanie Medyczne w związku z powyższymi schorzeniami	1 290 zł	2 590 zł	3 880 zł
425	Główne Postępowanie Medyczne przeprowadzone na rzecz Ubezpieczonego, który w pierwszym dniu Pobytu w Szpitalu, w czasie którego zastosowano to Postępowanie Medyczne, nie ukończył 18. roku życia	65 zł	130 zł	190 zł
		za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, ale łącznie nie więcej niż:		
		320 zł	640 zł	960 zł

Część VI. Okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Lekowe

Nr poz.	Okoliczności wypłaty	Świadczenie Lekowe
426	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu zachowawczym, z wyjątkiem zachowawczego leczenia nowotworu złośliwego	770 zł
427	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu operacyjnym lub zabiegowym, z wyjątkiem operacyjnego leczenia nowotworu złośliwego	390 zł
428	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego	6 470 zł

Nr poz.	Okoliczności wypłaty	Świadczenie Lekowe
429	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego, a następnie zastosowanie zaleconych przez onkologa: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, o ile na dzień zastosowania: – znajdowały się w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonym przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub stanowiły produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na podstawie pozwolenia wydanego przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską oraz – nie zaliczały się do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – niezależnie od tego, czy Ubezpieczony miał prawo do korzystania z tych świadczeń.	12 950 zł

Część VII. Limity Wypłat

Limit Wypłat	Poziom Świadczeń		
	I	II	III
Jeśli ubezpieczenie nie obejmuje opcji Świadczenia Lekowego	36 250 zł	72 500 zł	108 750 zł
Jeśli ubezpieczenie obejmuje opcję Świadczenia Lekowego	42 730 zł	85 450 zł	129 470 zł

¹ Okres dotyczy Postępowań Medycznych, o których mowa w ogólnych warunkach.

² Okres dotyczy Postępowań Medycznych, o których mowa w ogólnych warunkach, przy czym:

- okres 5 lat odnosi się do Postępowań Medycznych, które dotyczą tej samej struktury wielokrotnie występującej,
- okres 18 miesięcy odnosi się do Postępowań Medycznych, które dotyczą takiej samej struktury, anatomicznie inaczej położonej.

³ Okres dotyczy Postępowań Medycznych, o których mowa w ogólnych warunkach, i jest liczony odrębnie dla lewego i prawego narządu położonego symetrycznie.

⁴ Ubezpieczenie nie obejmuje Głównego Postępowania Medycznego związanego z chorobą zwyrodnieniową stawu leżącego endoprotezoplastyką, jeśli Pobyt w Szpitalu, który wiąże się z tym postępowaniem, rozpoczyna się w pierwszych 24 miesiącach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej.

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu nr 99/2024 i wchodzi w życie 14 września 2024 r.

UMOWA DODATKOWA

Pobyty w szpitalu

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

Wyplacimy Ci pieniądze już za 1 dzień pobytu w szpitalu, który jest konsekwencją wypadku, oraz już za 4 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu, który ma związek z chorobą.

Warto wiedzieć

- Wyplata za dzień pobytu w szpitalu to nawet **500 zł** (wysokość zależy od wybranego Dziennego Świadczenia Szpitalnego).
- Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – nawet za **180 dni pobytu** w szpitalu w ciągu roku.
- Wyplacimy Ci świadczenie rekonwalescencyjne za pobyt w szpitalu, który trwał nieprzerwanie 14 dni.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie **allianz.pl**,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie **allianz.pl**



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU (PS/TZ/2/2024)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU (PS/TZ/2/2024)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej** dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która:
 - a) prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu, chyba że zgodnie z dokumentacją medyczną występuje zagrożenie poronieniem, poronienie, zagrożenie porodem przedwczesnym, ciąża pozamaciczna, zagrożenie życia osoby, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową, lub zagrożenie życia dziecka;
 - b) występuje w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową
3. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
4. **Dziennie Świadczenie Szpitalne** – wybrana przez Ciebie kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe za jeden Dzień Pobytu w Szpitalu; Dziennie Świadczenie Szpitalne wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu – od dnia rejestracji do dnia wypisu
6. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
7. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, od dnia rejestracji do dnia wypisu. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i musi rozpoczynać się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu. Pobyt w Szpitalu nie jest pobyt na oddziale rehabilitacyjnym lub ratunkowym
8. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe

Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia

9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
 - b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarskiPodmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
10. **Świadczenie Rekonwalescencyjne** – równowartość pięciu Dzien-nych Świadczeń Szpitalnych, którą wypłacamy za Pobyt w Szpitalu, który trwa nieprzerwanie co najmniej 14 dni
11. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
12. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
13. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarnictwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sprints wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez kóło podbiegunowe północne), oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
14. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego oraz Świadczenia Rekonwalescencyjnego.
3. Dziennie Świadczenie Szpitalne wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Pobytu w Szpitalu w celu leczenia:
 - a) Choroby – jeżeli pobyt trwa nieprzerwanie 4 dni lub
 - b) następstw Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstw wypadków, którym Ubezpieczony uległ w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu – jeżeli pobyt trwa przez co najmniej 1 dzień.
4. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego za maksymalnie 180 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
5. Jeżeli Pobyt w Szpitalu trwa nieprzerwanie co najmniej 14 dni, to wypłacamy Ubezpieczonemu także Świadczenie Rekonwalescencyjne. Z tytułu tego samego Pobytu w Szpitalu wypłacamy wyłącznie jedno takie świadczenie.
6. Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje tylko Pobyt w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

- Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - gdy zostanie rozwiązana Umowa.
- Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

- Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
- Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu oraz
 - rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
- Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
- Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
- Jeśli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

- Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - Wiek Ubezpieczonego,
 - Dziennego Świadczenia Szpitalnego,
 - wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

- Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa:
 - co najmniej jeden dzień lub dłużej – w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego Wypadku lub
 - nieprzerwanie 4 dni lub dłużej – w celu leczenia Chorobyto wypłacamy Ubezpieczonemu Dienne Świadczenie za każdy dzień takiego pobytu, ale nie więcej niż za 180 dni.
- Do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dienne Świadczenie Szpitalne, które obowiązuje w pierwszym dniu Pobytu w Szpitalu, z wyłączeniem sytuacji, w której podwyższyliśmy Dienne Świadczenie Szpitalne na Twój wniosek, a następnie w ciągu 90 dni od tej zmiany Ubezpieczony rozpoczął Pobyt w Szpitalu w celu leczenia Choroby. W takiej sytuacji do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dienne Świadczenie Szpitalne, które obowiązywało przed podwyższeniem.

- Jeżeli Pobyt w Szpitalu trwa nieprzerwanie co najmniej 14 dni, to wypłacamy Ubezpieczonemu także Świadczenie Rekonwalescencyjne.
- Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż 30 dni, to Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę za pierwsze 30 dni tego pobytu.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Pobycie w Szpitalu oraz:

- wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- dokumentów, które potwierdzają Pobyt w Szpitalu, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- w wyjątkowych sytuacjach możemy poprosić o: historię Choroby, wyniki badań, dokumentację medyczną dotyczącą diagnozowania i leczenia Choroby lub następstw Nieszczęśliwego Wypadku, których leczenie było przyczyną Pobytu w Szpitalu.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

- Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Pobytu w Szpitalu nastąpił:
 - w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
 - w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich, a w przypadku Dziecka – także przez osoby, pod których opieką Dziecko pozostaje,
 - w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
 - w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
 - w związku z wadą wrodzoną Dziecka,
 - w związku z leczeniem rehabilitacyjno-usprawniającym Ubezpieczonego,
 - w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną – nie dotyczy to usuwania u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego Wypadku,
 - w związku z zabiegiem operacyjnym cięcia cesarskiego, o ile konieczność przeprowadzenia zabiegu nie była spowodowana Nieszczęśliwym Wypadkiem,
 - w związku z diagnozowaniem i leczeniem niepełności,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
 - w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 47/2024 i weszły w życie 16 marca 2024 r.

Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci dostęp do lekarzy specjalistów, badań medycznych i drobnych zabiegów w 1500 placówkach medycznych Grupy LUX MED.
- Możesz korzystać z lekarskich wizyt domowych oraz pomocy w razie nagłych problemów ze zdrowiem dzięki programowi Medi-Assistance.
- Dostęp do opieki medycznej mają również Twoi najbliżsi: partner albo partnerka oraz dzieci. Wystarczy, że wybierzesz pakiet w wersji rodzinnej – jej cena nie zależy od liczby osób w rodzinie.

Warto wiedzieć

Zawsze aktualną listę placówek medycznych Grupy LUX MED (własnych i partnerskich) znajdziesz na stronie: www.allianz.pl

Zwróć uwagę

- Z porad wielu lekarzy specjalistów możesz korzystać bez skierowania.
- W przypadku dzieci wizyta u specjalisty powinna być poprzedzona wizytą u pediatry (z wyjątkiem wizyty u okulisty, ortopedy, chirurga, laryngologa oraz neurologa).

Jak skorzystać ze specjalistycznej porady lub zrobić badanie diagnostyczne?

- Na konsultacje we wszystkich placówkach możesz umawiać się telefonicznie, a w przypadku placówek własnych Grupy LUX MED – również przez internet: www.luxmed.pl/dla-pacjentow, zakładka Portal Pacjenta.
- Aby skorzystać z badania diagnostycznego, potrzebujesz skierowania od lekarza Grupy LUX MED.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” (PMED/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-5 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 6 Art. 9 Art. 10 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” (PMED/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Ta całkowita niezdolność musi:
 - a) rozpocząć się w ciągu 36 miesięcy od tego wypadku,
 - b) trwać nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu – na podstawie aktualnej wiedzy medycznej – mieć charakter trwały i nieodwracalny
4. **Partner** – osoba, z którą Ubezpieczony prowadzi z wspólnie gospodarstwo domowe
5. **Placówka Medyczna** – podmiot leczniczy lub lekarz świadczący Usługi Medyczne, który współpracuje z nami w zakresie realizacji Usług Medycznych
6. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
7. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwoty, które wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia, odrębnie dla Niezdolności do Pracy i dla śmierci Ubezpieczonego i które wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku wystąpienia danego zdarzenia; kwoty te nie podlegają indeksacji
8. **Ubezpieczony** – osoba, której życie i zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Dodatkowej i która w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat. Ubezpieczonym może być:
 - a) w wersji indywidualnej – Ubezpieczony Główny lub pełnoletni Ubezpieczony w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie,
 - b) w wersji rodzinnej – Ubezpieczony Główny lub pełnoletni Ubezpieczony w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie wraz z następującymi osobami, które zostały wskazane we Wniosku:
 - ich małżonkami albo Partnerami lub

- własnymi albo przysposobionymi dziećmi tych osób, o ile pozostają albo do uzyskania pełnoletności pozostawaty pod ich władzą rodzicielską

9. **Usługi Medyczne** – działania, których celem jest przywrócenie zdrowia Ubezpieczonego, zapobieganie chorobom, ich wczesne wykrywanie oraz leczenie. Działania te obejmują uzasadnione z medycznego punktu widzenia: porady specjalistyczne, badania diagnostyczne oraz zabiegi ambulatoryjne
10. **Wariant Ubezpieczenia** – zakres Usług Medycznych, które udostępniamy Ubezpieczonemu w Umowie Dodatkowej
11. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
12. **Wykaz Usług Medycznych** – dokument, który zawiera listę Usług Medycznych objętych ubezpieczeniem w poszczególnych Wariantach Ubezpieczenia
13. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
14. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Zgodnie z Twoim Wnioskiem ochroną ubezpieczeniową obejmujemy:
 - a) życie i zdrowie jednego Ubezpieczonego (wersja indywidualna) albo
 - b) życie i zdrowie wielu Ubezpieczonych (wersja rodzinna).
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) korzystanie przez Ubezpieczonego z Usług Medycznych w Placówkach Medycznych – zgodnie z Wariantem Ubezpieczenia, który wybierasz,
 - b) Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku pełnoletniego Ubezpieczonego,
 - c) śmierć Ubezpieczonego,także wtedy, gdy występują w związku z Rekreacyjnym Uprawianiem Sportu.
3. W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. W razie śmierci Ubezpieczonego wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
5. Ubezpieczony może korzystać z Usług Medycznych w okresie, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
6. Jeśli spóźnisz się z płatnościami Składek o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do Usług Medycznych z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zapłacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do Usług Medycznych.
7. W tym samym czasie możemy obejmować Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednej Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,

- b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, następującego po Miesiącu Polisowym, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie zawieramy z Tobą nowej Umowy Dodatkowej dla tego samego Ubezpieczonego w ciągu 6 miesięcy od rozwiązania poprzedniej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy za Niezdolność do Pracy, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
- a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) tego, czy wybierasz wersję indywidualną czy rodzinną ubezpieczenia, oraz
 - c) Wariantu Ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 JAK SKORZYSTAĆ Z USŁUGI MEDYCZNEJ

1. Ubezpieczony, aby skorzystać z Usługi Medycznej w ramach swojego Wariantu Ubezpieczenia:
- a) uzgadnia termin z wybraną Placówką Medyczną: telefonicznie, osobiście albo online za pośrednictwem portalu pacjenta,
 - b) stosuje się do otrzymanych zaleceń i wskazań,
 - c) zgłasza się do Placówki Medycznej w uzgodnionym terminie, z ważnym dokumentem tożsamości,
 - d) korzysta z badań diagnostycznych oraz zabiegów ambulatoryjnych na podstawie zlecenia lekarza z Placówki Medycznej.
- Placówka Medyczna może odmówić realizacji Usługi Medycznej, jeśli Ubezpieczony nie stosuje się do tych zasad.
2. Możemy zmienić Listę Placówek Medycznych z ważnych przyczyn, takich jak zaprzestanie albo rozpoczęcie świadczenia Usług Medycznych przez Placówkę Medyczną. Taka zmiana nie stanowi zmiany Umowy Dodatkowej.
3. Aktualną listę Placówek Medycznych udostępniamy na naszej stronie internetowej.
4. Wariant ubezpieczenia możesz zmienić raz w Roku Ubezpieczenia.

ART. 7 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W razie Niezdolności do Pracy danego Ubezpieczonego wypłacamy mu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, którą wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
2. W razie śmierci danego Ubezpieczonego wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, którą wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Pieniądże wypłacamy osobom, które są uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci tego Ubezpieczonego zgodnie z OWU albo Ogólnymi warunkami umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie, chyba że Ubezpieczony wskazał inne osoby. W przypadku pozostałych Ubezpieczonych pieniądze wypłacamy osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców danego Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym pieniądze przypadają w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

ART. 8 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy:

- a) zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:
 - wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
 - kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
 - dokumentów, które potwierdzają Niezdolność do Pracy – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego,
 - b) zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci. Jeśli nie jest możliwe dostarczenie nam tych dokumentów, to prosimy o inne, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę.
- Jeśli zdarzenie miało miejsce poza granicami Polski, potrzebujemy dokumentu wystawionego przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło.

ART. 9 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła:
- a) w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej,
 - b) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków.
2. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Niezdolność do Pracy nastąpiła:
- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
 - b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego,
 - c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
 - f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - g) w wyniku udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, stosowania metod leczenia nieznanymi naukowo, metod medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej,
 - h) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
 - i) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

**ART. 10 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH
UBEZPIECZENIE NIE OBEJMUJE WIZYTY
W PLACÓWCE MEDYCZNEJ**

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, oraz poza okolicznościami, które wymieniamy w artykule powyżej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym ubezpieczenie nie obejmuje także wizyty Ubezpieczonego w Placówce Medycznej, która była skutkiem:
 - a) AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - b) choroby Alzheimera,
 - c) zabiegu aborcji,
 - d) ciąży wysokiego ryzyka lub ciąży – jeśli wcześniej wystąpiły: ciąża wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym lub komplikacje potogu,
 - e) diagnozowania i leczenia niepłodności,
 - f) zabiegu zmiany płci,

- g) leczenia protetycznego, ortodontycznego lub z zakresu chirurgii szczękowej,
 - h) leczenia, zabiegów i operacji z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej oraz kosmetyki,
 - i) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz rehabilitacji, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych, zaburzeń neurorozwojowych oraz rehabilitacji po zabiegach operacyjnych,
 - j) leczenia odwykowego, zabiegów i kuracji odwykowych,
 - k) pełnienia służby wojskowej.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje także wizyty Ubezpieczonego w placówce medycznej, jeśli w okresie przed podpisaniem Wniosku rozpoznano u niego lub był on leczony z powodu któregośkolwiek ze schorzeń wymienionych w tym Wniosku.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

WYKAZ USŁUG MEDYCZNYCH DO UMOWY DODATKOWEJ PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” (WUM/TZ/4/2024)

Usługi medyczne są realizowane w przychodniach LUX MED i Medycyny Rodzinnej oraz we wskazanych przychodniach placówek współpracujących.

Aktualna lista placówek medycznych znajduje się na naszej stronie: www.allianz.pl. Informację o placówkach medycznych można również uzyskać na naszej infolinii (pod numerem tel. 224 224 224).

Na wizytę u lekarza, badania, zabiegi i inne usługi medyczne można umawiać się, dzwoniąc pod numer telefonu 22 33 22 888.

W celu skorzystania z Koordynacji Opieki Szpitalnej należy dzwonić pod numer telefonu 22 434 00 24

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
I. PORADY LEKARZY SPECJALISTÓW		
Usługa obejmuje nielimitowane porady we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED w sytuacjach chorobowych oraz pomoc w nagłych zachorowaniach. Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Porady specjalistyczne nie obejmują konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora ani lekarzy na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.		
A. DLA DOROSŁYCH		
1. Internista/specjalista medycyny rodzinnej 2. Dermatolog 3. Ginekolog 4. Kardiolog 5. Laryngolog 6. Okulista 7. Ortopeda	1. Internista/specjalista medycyny rodzinnej 2. Dermatolog 3. Ginekolog 4. Kardiolog 5. Laryngolog 6. Okulista 7. Ortopeda 8. Alergolog 9. Chirurg ogólny 10. Diabetolog 11. Endokrynolog 12. Gastroenterolog 13. Hematolog 14. Nefrolog 15. Neurolog 16. Onkolog 17. Proktolog 18. Pulmonolog 19. Reumatolog 20. Urolog	1. Internista/specjalista medycyny rodzinnej 2. Dermatolog 3. Ginekolog 4. Kardiolog 5. Laryngolog 6. Okulista 7. Ortopeda 8. Alergolog 9. Chirurg ogólny 10. Diabetolog 11. Endokrynolog 12. Gastroenterolog 13. Hematolog 14. Nefrolog 15. Neurolog 16. Onkolog 17. Proktolog 18. Pulmonolog 19. Reumatolog 20. Urolog 21. Ginekolog-endokrynolog
Specjaliści dla dorosłych, do których jest wymagane skierowanie		
		22. Anestezjolog 23. Chirurg naczyniowy 24. Chirurg onkolog 25. Hepatolog 26. Immunolog 27. Neurochirurg 28. Specjalista chorób zakaźnych 29. Specjalista rehabilitacji medycznej
B. DLA DZIECI		
8. Pediatra/specjalista medycyny rodzinnej 9. Ginekolog dla dzieci (od 16 r.ż.) 10. Okulista dla dzieci 11. Ortopeda dla dzieci	21. Pediatra/specjalista medycyny rodzinnej 22. Ginekolog dla dzieci (od 16 r.ż.) 23. Okulista dla dzieci 24. Ortopeda dla dzieci 25. Chirurg dla dzieci 26. Laryngolog dla dzieci 27. Neurolog dla dzieci	30. Pediatra/specjalista medycyny rodzinnej 31. Ginekolog dla dzieci (od 16 r.ż.) 32. Okulista dla dzieci 33. Ortopeda dla dzieci 34. Chirurg dla dzieci 35. Laryngolog dla dzieci 36. Neurolog dla dzieci

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
Specjaliści dla dzieci, do których jest wymagane skierowanie		
12. Dermatolog dla dzieci 13. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.)	28. Dermatolog dla dzieci 29. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.) 30. Gastroenterolog dla dzieci 31. Kardiolog dla dzieci 32. Nefrolog dla dzieci 33. Urolog dla dzieci	37. Dermatolog dla dzieci 38. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.) 39. Gastroenterolog dla dzieci 40. Kardiolog dla dzieci 41. Nefrolog dla dzieci 42. Urolog dla dzieci 43. Alergolog dla dzieci 44. Endokrynolog dla dzieci 45. Hematolog dla dzieci 46. Onkolog dla dzieci 47. Pulmonolog dla dzieci 48. Reumatolog dla dzieci 49. Specjalista rehabilitacji medycznej dla dzieci

II. PORADY W TRYBIE DYŻUROWYM

Usługa obejmuje wyłącznie pomoc doraźną, podstawową w nagłym zachorowaniu, zaostrzeniu choroby przewlekłej, które wystąpiły w ciągu 24 h od momentu przyjęcia zgłoszenia konsultacji. Lekarze dyżurni są dostępni w godzinach pracy wskazanych przychodni własnych Grupy LUX MED, wyłącznie w dniu jej zgłoszenia. Usługa nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia i zdrowia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.).

Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej.

1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej	1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej 2. Chirurg ogólny (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.)	1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej 2. Chirurg ogólny (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.) 3. Ortopeda (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.)

III. ZABIEGI AMBULATORYJNE

Usługi obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi, w tym: diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych zależy od zakresu konsultacji lekarzy, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach posiadanego zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w wyznaczonej przychodni. Materiały i środki medyczne takie, jak: gips tradycyjny, opatrunki, bandaż, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów, od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.

A. ZABIEGI AMBULATORYJNE PIELĘGNIARSKIE

1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza) 7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty	1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza) 7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty	1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza) 7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty

B. ZABIEGI AMBULATORYJNE OGÓLNOLEKARSKIE

11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne	11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne	11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
C. ZABIEGI AMBULATORYJNE CHIRURGICZNE		
	14. Szycie rany do 1,5 cm 15. Usunięcie kleszcza – chirurgiczne 16. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne 17. Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia 18. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 19. Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (za wyjątkiem zdejmowania szwów po porodzie) 20. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty (niewymagający opracowania chirurgicznego)	14. Szycie rany do 1,5 cm 15. Usunięcie kleszcza – chirurgiczne 16. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne 17. Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia 18. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 19. Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (za wyjątkiem zdejmowania szwów po porodzie) 20. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty (niewymagający opracowania chirurgicznego) 21. Szycie rany do 3 cm (w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy) 22. Usunięcie czyraka/drobnego ropnia powłok skórnych (do 2 cm) 23. Wycięcie chirurgiczne metodą klasyczną zmiany skórnej do 1,5 cm ze wskazań medycznych (nie obejmuje zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych) wraz ze standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z usuniętej zmiany skórnej 24. Zmiana/złożenie – opatrunek duży
D. ZABIEGI AMBULATORYJNE LARYNGOLOGICZNE		
14. Badanie trąbek słuchowych – przedmuchiwanie 15. Katetyzacja trąbki słuchowej 16. Płukanie ucha 17. Usunięcie ciała obcego z nosa 18. Usunięcie ciała obcego z ucha 19. Proste opatrunki laryngologiczne 20. Koagulacja naczyń przegrody nosa 21. Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa 22. Usunięcie tamponady nosa 23. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona 24. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony 25. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 26. Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza 27. Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej 28. Złożenie/zmiana/usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym	21. Badanie trąbek słuchowych – przedmuchiwanie 22. Katetyzacja trąbki słuchowej 23. Płukanie ucha 24. Usunięcie ciała obcego z nosa 25. Usunięcie ciała obcego z ucha 26. Proste opatrunki laryngologiczne 27. Koagulacja naczyń przegrody nosa 28. Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa 29. Usunięcie tamponady nosa 30. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona 31. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony 32. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 33. Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza 34. Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej 35. Złożenie/zmiana/usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym 36. Usunięcie ciała obcego z gardła (wyłącznie w przypadkach możliwych do wykonania w warunkach ambulatoryjnych)	25. Badanie trąbek słuchowych – przedmuchiwanie 26. Katetyzacja trąbki słuchowej 27. Płukanie ucha 28. Usunięcie ciała obcego z nosa 29. Usunięcie ciała obcego z ucha 30. Proste opatrunki laryngologiczne 31. Koagulacja naczyń przegrody nosa 32. Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa 33. Usunięcie tamponady nosa 34. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona 35. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony 36. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 37. Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza 38. Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej 39. Złożenie/zmiana/usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym 40. Usunięcie ciała obcego z gardła (wyłącznie w przypadkach możliwych do wykonania w warunkach ambulatoryjnych) 41. Punkcja zatok 42. Wlewka krtaniowa 43. Płukanie zatok metodą Pretza 44. Nastawienie nosa zamknięte 45. Podcięcie wędzidełka języka w jamie ustnej 46. Nacięcie krwaków przegrody nosa 47. Nacięcie krwaków małżowiny usznej
E. ZABIEGI AMBULATORYJNE OKULISTYCZNE		
29. Usunięcie ciała obcego z oka 30. Standardowe badanie dna oka 31. Dobór szkielek korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) 32. Gonioskopia (ocena kąta przesączania) 33. Badanie ostrości widzenia 34. Standardowe badanie autorefraktometrem 35. Podanie leku do worka spojówkowego 36. Standardowy pomiar ciśnienia śródgałkowego 37. Standardowe badanie widzenia przestrzennego 38. Płukanie kanalików łzowych (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.)	37. Usunięcie ciała obcego z oka 38. Standardowe badanie dna oka 39. Dobór szkielek korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) 40. Gonioskopia (ocena kąta przesączania) 41. Badanie ostrości widzenia 42. Standardowe badanie autorefraktometrem 43. Podanie leku do worka spojówkowego 44. Standardowy pomiar ciśnienia śródgałkowego 45. Standardowe badanie widzenia przestrzennego 46. Płukanie kanalików łzowych (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.)	48. Usunięcie ciała obcego z oka 49. Standardowe badanie dna oka 50. Dobór szkielek korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) 51. Gonioskopia (ocena kąta przesączania) 52. Badanie ostrości widzenia 53. Standardowe badanie autorefraktometrem 54. Podanie leku do worka spojówkowego 55. Standardowy pomiar ciśnienia śródgałkowego 56. Standardowe badanie widzenia przestrzennego 57. Płukanie kanalików łzowych (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.)

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
F. ZABIEGI AMBULATORYJNE ORTOPEDYCZNE		
39. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy 40. Przygotowanie gipsu tradycyjnego – opaska 41. Złożenie gipsu 42. Zdjęcie gipsu – kończyna dolna 43. Zdjęcie gipsu – kończyna górna 44. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały 45. Nastawienie zwichnięcia lub złamania	47. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy 48. Przygotowanie gipsu tradycyjnego – opaska 49. Złożenie gipsu 50. Zdjęcie gipsu – kończyna dolna 51. Zdjęcie gipsu – kończyna górna 52. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały 53. Nastawienie zwichnięcia lub złamania	58. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy 59. Przygotowanie gipsu tradycyjnego – opaska 60. Złożenie gipsu 61. Zdjęcie gipsu – kończyna dolna 62. Zdjęcie gipsu – kończyna górna 63. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały 64. Nastawienie zwichnięcia lub złamania 65. Punkcja dostawowa – pobranie materiału do badań 66. Wykonanie iniekcji dostawowej i okostawowej 67. Blokada dostawowa i okostawowa 68. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – duże stawy 69. Unieruchomienie typu Dessault mały/duży 70. Złożenie gipsu tradycyjnego typu gorset
G. ZABIEGI AMBULATORYJNE DERMATOLOGICZNE (Zabieg standardowy – zabieg powszechnie dostępny i powszechnie stosowany na terenie Polski)		
46. Standardowa dermatoskopia	54. Standardowa dermatoskopia	71. Standardowa dermatoskopia 72. Zabieg dermatologiczny – ścięcie i koagulacja włókniaków skóry 73. Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii, 1 do 6 zmian 74. Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii, 1 do 6 zmian 75. Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii, od 7 zmian 76. Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii, od 7 zmian
H. ZABIEGI AMBULATORYJNE GINEKOLOGICZNE (Zabieg standardowy – zabieg powszechnie dostępny i powszechnie stosowany na terenie Polski)		
47. Pobranie standardowej cytologii z szyjki macicy	55. Pobranie standardowej cytologii z szyjki macicy	77. Pobranie standardowej cytologii z szyjki macicy 78. Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej 79. Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej 80. Zabiegi w obrębie szyjki macicy i sromu metodą kriokoagulacji
I. ZABIEGI AMBULATORYJNE ALERGOLOGICZNE		
	56. Odczulanie (lek pacjenta) wraz z konsultacją alergologa	81. Odczulanie (lek pacjenta) wraz z konsultacją alergologa
J. BIOPSJE WRAZ ZE STANDARDOWYM BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM – MATERIAŁ Z BIOPSJI CIENKOIGŁOWEJ		
		82. Biopsja cienkoigłowa skóry/tkanki podskórnej 83. Biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych 84. Biopsja cienkoigłowa tarczycy 85. Biopsja cienkoigłowa sutka
K. BIOPSJE WRAZ ZE STANDARDOWYM BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM – MATERIAŁ Z BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ		
		86. Biopsja gruboigłowa prostaty pod kontrolą USG
L. ZNIECZULENIA		
48. Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne	57. Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne	87. Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne 88. Znieczulenie miejscowe (powierzchnowe) do endoskopii
Ł. INNE ZABIEGI		
		89. Złożenie cewnika Foleya 90. Usunięcie cewnika Foleya 91. Wykonanie enemy

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
IV. BADANIA DIAGNOSTYCZNE		
Usługa obejmuje wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy wskazanych przychodni własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodni współpracujących z Grupą LUX MED, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. przychodniach. W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w Umowie Dodatkowej. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu nie będą objęte zakresem ubezpieczenia. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni. O ile nie zaznaczono inaczej, usługa nie obejmuje testów paskowych, a diagnostyka obrazowa w zakresie TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego).		
A. DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA		
a) Badania moczu		
1. Mocz – badanie ogólne	1. Mocz – badanie ogólne 2. Białko w moczu 3. Białko całkowite/DZM (dobowa zbiórka moczu) 4. Glukoza/DZM (dobowa zbiórka moczu) 5. Fosfor w moczu 6. Fosfor w moczu/DZM 7. Kreatynina w moczu 8. Kreatynina w moczu/DZM 9. Kwas moczowy w moczu 10. Kwas moczowy w moczu/DZM 11. Magnez/Mg w moczu 12. Magnez/Mg w moczu DZM 13. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN w moczu 14. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN/w moczu DZM 15. Sód/Na w moczu 16. Sód/Na w moczu/DZM 17. Wapń w moczu 18. Wapń w moczu/DZM 19. Potas/K w moczu 20. Potas/K w moczu/DZM 21. Ołów/Pb w moczu	1. Mocz – badanie ogólne 2. Białko w moczu 3. Białko całkowite/DZM (dobowa zbiórka moczu) 4. Glukoza/DZM (dobowa zbiórka moczu) 5. Fosfor w moczu 6. Fosfor w moczu/DZM 7. Kreatynina w moczu 8. Kreatynina w moczu/DZM 9. Kwas moczowy w moczu 10. Kwas moczowy w moczu/DZM 11. Magnez/Mg w moczu 12. Magnez/Mg w moczu DZM 13. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN w moczu 14. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN/w moczu DZM 15. Sód/Na w moczu 16. Sód/Na w moczu/DZM 17. Wapń w moczu 18. Wapń w moczu/DZM 19. Potas/K w moczu 20. Potas/K w moczu/DZM 21. Ołów/Pb w moczu 22. Kwas wanilinomigdałowy (VAM) w moczu 23. Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) 24. Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM 25. Katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM 26. Metoksykatecholaminy w DZM 27. Kortyzol w DZM 28. Amylaza w moczu
b) Badania krwi wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
1) Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
2. OB/ESR 3. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 4. Rozmaz ręczny krwi 5. INR/Czas protrombinowy 6. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy)	22. OB/ESR 23. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 24. Rozmaz ręczny krwi 25. INR/Czas protrombinowy 26. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy) 27. Czas trombinowy – TT 28. Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi 29. Fibrynogen	29. OB/ESR 30. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 31. Rozmaz ręczny krwi 32. INR/Czas protrombinowy 33. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy) 34. Czas trombinowy – TT 35. Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi 36. Fibrynogen 37. Płytki krwi manualnie 38. D – Dimery
2) Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
7. Glukoza na czczo 8. Glukoza 60' po jedzeniu 9. Glukoza 120' po jedzeniu 10. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 1 godzinie 11. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 2 godzinach 13. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach 14. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach 15. Cholesterol całkowity 16. Kreatynina 17. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 18. Transaminaza GOT/AST 19. Transaminaza GPT/ALT 20. Bilirubina całkowita 21. Potas/K 22. Sód/Na 23. Chlorki/Cl	30. Glukoza na czczo 31. Glukoza 60' po jedzeniu 32. Glukoza 120' po jedzeniu 33. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 1 godzinie 34. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 2 godzinach 35. Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3 h) 36. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach 37. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach 38. Cholesterol całkowity 39. Kreatynina 40. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 41. Transaminaza GOT/AST 42. Transaminaza GPT/ALT 43. Bilirubina całkowita 44. Potas/K 45. Sód/Na	39. Glukoza na czczo 40. Glukoza 60' po jedzeniu 41. Glukoza 120' po jedzeniu 42. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 1 godzinie 43. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 2 godzinach 44. Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3 h) 45. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach 46. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach 47. Cholesterol całkowity 48. Kreatynina 49. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 50. Transaminaza GOT/AST 51. Transaminaza GPT/ALT 52. Bilirubina całkowita 53. Potas/K 54. Sód/Na

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
24. Żelazo/Fe	46. Chlorki/Cl	55. Chlorki/Cl
25. Żelazo/Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	47. Żelazo/Fe	56. Żelazo/Fe
26. Żelazo/Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	48. Żelazo/Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	57. Żelazo/Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
27. Żelazo/Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	49. Żelazo/Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	58. Żelazo/Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
28. Żelazo/Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	50. Żelazo/Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	59. Żelazo/Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
29. Żelazo/Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	51. Żelazo/Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	60. Żelazo/Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
30. TSH/hTSH	52. Żelazo/Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	61. Żelazo/Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
31. PSA całkowite	53. TSH/hTSH	62. TSH/hTSH
	54. PSA całkowite	63. PSA całkowite
	55. Całkowita zdolność wiązania żelaza/TIBC – zastępuje saturację Fe	64. Całkowita zdolność wiązania żelaza/TIBC – zastępuje saturację Fe
	56. Ferrytyna	65. Ferrytyna
	57. Ceruloplazmina	66. Ceruloplazmina
	58. Transferyna	67. Transferyna
	59. Kwas foliowy	68. Kwas foliowy
	60. Witamina B12	69. Witamina B12
	61. HDL cholesterol	70. HDL cholesterol
	62. LDL cholesterol	71. LDL cholesterol
	63. LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio	72. LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio
	64. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)	73. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
	65. Trójglicerydy	74. Trójglicerydy
	66. Bilirubina bezpośrednia	75. Bilirubina bezpośrednia
	67. Białko całkowite	76. Białko całkowite
	68. Białko PAPP-α	77. Białko PAPP-α
	69. Proteinogram	78. Proteinogram
	70. Albuminy	79. Albuminy
	71. Kwas moczowy	80. Kwas moczowy
	72. CPR (białko C reaktywne) ilościowo	81. CPR (białko C reaktywne) ilościowo
	73. Amylaza	82. Amylaza
	74. CK (kinaza kreatynowa)	83. CK (kinaza kreatynowa)
	75. Fosfataza zasadowa	84. Fosfataza zasadowa
	76. Fosfataza kwaśna	85. Fosfataza kwaśna
	77. GGTP	86. GGTP
	78. Lipaza	87. Lipaza
	79. LDH – dehydrogenaza mleczanowa	88. LDH – dehydrogenaza mleczanowa
	80. Magnez/Mg	89. Magnez/Mg
	81. Wapń/Ca	90. Wapń/Ca
	82. Fosfor/P	91. Fosfor/P
	83. Miedź	92. Miedź
	84. Tyreoglobulina	93. Tyreoglobulina
	85. Apolipoproteina A1	94. Apolipoproteina A1
	86. T3 wolne	95. T3 wolne
	87. T4 wolne	96. T4 wolne
	88. PSA – wolna frakcja	97. PSA – wolna frakcja
	89. Total Beta – hCG	98. Total Beta – hCG
	90. AFP – alfa-fetoproteina	99. AFP – alfa-fetoproteina
	91. CEA – antygen carcinoembrionalny	100. CEA – antygen carcinoembrionalny
	92. Immunoglobulin IgA	101. Immunoglobulin IgA
	93. Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)	102. Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)
	94. Immunoglobulin IgG	103. Immunoglobulin IgG
	95. Immunoglobulin IgM	104. Immunoglobulin IgM
		105. FSH
		106. LH
		107. Progesteron
		108. Testosteron
		109. Testosteron wolny
		110. Prolaktyna
		111. Prolaktyna 30' po obciążeniu MCP 1 tabl.
		112. Prolaktyna 60' po obciążeniu MCP 1 tabl.
		113. Prolaktyna 120' po obciążeniu MCP 1 tabl.
		114. Kortyzol po południu
		115. Kortyzol rano
		116. Estradiol
		117. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH)
		118. AFP – alfa-fetoproteina
		119. CA 125
		120. CA 15.3 – antygen raka sutka
		121. CA 19.9 – antygen raka przewodu pokarmowego
		122. HbA1c – hemoglobina glikowana

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
3) Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
32. Serologia kity podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 33. HBs Ag/antygen	96. Serologia kity podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 97. HBs Ag/antygen 98. HBs Ab/przeciwciała 99. ASO ilościowo 100. ASO jakościowo 101. RF – czynnik reumatoidalny – ilościowo 102. Odczyn Waaler-Rose 103. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe 104. P/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 105. Test BTA 106. CMV IgG 107. CMV IgM 108. HIV I /HIV II (w razie potrzeby test potwierdzenia) 109. EBV /Mononukleozę – lateks 110. EBV /Mononukleozę IgG 111. EBV /Mononukleozę IgM 112. Toksoplazmoza IgG 113. Toksoplazmoza IgM	123. Serologia kity podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 124. HBs Ag/antygen 125. HBs Ab/przeciwciała 126. ASO ilościowo 127. ASO jakościowo 128. RF – czynnik reumatoidalny – ilościowo 129. Odczyn Waaler-Rose 130. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe 131. P/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 132. Test BTA 133. CMV IgG 134. CMV IgM 135. HIV I /HIV II (w razie potrzeby test potwierdzenia) 136. EBV /Mononukleozę – lateks 137. EBV /Mononukleozę IgG 138. EBV /Mononukleozę IgM 139. Toksoplazmoza IgG 140. Toksoplazmoza IgM 141. Przeciwciała a-mikrosomalne/Anty TPO 142. Przeciwciała a-tyreoglobulinowe/Anty TG 143. HCV Ab/przeciwciała 144. Helicobacter Pylori IgG ilościowo 145. Różyczka IgG 146. Różyczka IgM 147. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgA 148. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgG 149. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgM 150. HBc Ab IgM 151. HBc Ab total 152. Borelioza IgG 153. Borelioza IgM 154. Latex RF (RF jakościowo) 155. Przeciwciała p/jądrowe i p/cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy metodą IIF
4) Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
34. Cholesterol – badanie paskowe 35. Glukoza – badanie glukometrem 36. Troponina – badanie paskowe	114. Cholesterol – badanie paskowe 115. Glukoza – badanie glukometrem 116. Troponina – badanie paskowe 117. CRP – test paskowy	156. Cholesterol – badanie paskowe 157. Glukoza – badanie glukometrem 158. Troponina – badanie paskowe 159. CRP – test paskowy
c) Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej) i inne		
37. Posiew moczu 38. Kał posiew ogólny 39. Antybiogram do posiewu (mocz, kał)	118. Posiew moczu 119. Kał posiew ogólny 120. Antybiogram do posiewu (mocz, kał) 121. Kał posiew w kierunku SS 122. Antybiogram do posiewu (materiał różny) 123. Antybiogram do posiewu z wymazu gardła, oka, nosa i płwociny 124. Wymaz z gardła – posiew tlenowy 125. Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy 126. Wymaz z migdałka 127. Wymaz z migdałka – posiew tlenowy 128. Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy 129. Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy 130. Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy 131. Wymaz z pochwy – posiew tlenowy 132. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 133. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 134. Czystość pochwy (biocenoza pochwy) 135. Wymaz z kanału szyjki macicy 136. Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy 137. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 138. Wymaz z odbytu – posiew w kierunku paciorkowca hem. z grupy B (GBS)	160. Posiew moczu 161. Posiew kału 162. Antybiogram do posiewu (mocz, kał) 163. Kał posiew w kierunku SS 164. Antybiogram do posiewu (materiał różny) 165. Antybiogram do posiewu z wymazu gardła, oka, nosa i płwociny 166. Wymaz z gardła – posiew tlenowy 167. Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy 168. Wymaz z migdałka 169. Wymaz z migdałka – posiew tlenowy 170. Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy 171. Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy 172. Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy 173. Wymaz z pochwy – posiew tlenowy 174. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 175. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 176. Czystość pochwy (biocenoza pochwy) 177. Wymaz z kanału szyjki macicy 178. Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy 179. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 180. Wymaz z odbytu – posiew w kierunku paciorkowca hem. z grupy B (GBS) 181. Wymaz z ucha – posiew beztlenowy 182. Wymaz z ucha – posiew tlenowy 183. Wymaz z nosa 184. Wymaz z nosa – posiew tlenowy 185. Wymaz z oka – posiew tlenowy 186. Wymaz z rany 187. Wymaz z rany – posiew beztlenowy 188. Wymaz z cewki moczowej 189. Wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy 190. Posiew płwociny 191. Posiew nasienia tlenowy 192. Kał posiew w kierunku E. Coli patogenne u dzieci do lat 2 193. Kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
d) Badania kału		
40. Kał badanie ogólne	139. Kał badanie ogólne 140. Krew utajona w kale/F.O.B. 141. Kał na pasożyty 1 próba	194. Kał badanie ogólne 195. Krew utajona w kale/F.O.B. 196. Kał na pasożyty 1 próba 197. Kał na rota- i adenowirusy 198. Kał – lamblie (metoda antygenowa)
e) Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania (Zabieg standardowy – zabieg powszechnie dostępny i powszechnie stosowany na terenie Polski)		
41. Standardowa cytologia szyjki macicy	142. Standardowa cytologia szyjki macicy 143. Standardowe cytologiczne badanie błony śluzowej nosa	199. Standardowa cytologia szyjki macicy 200. Standardowe cytologiczne badanie błony śluzowej nosa
f) Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej)		
	144. Kał posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 145. Posiew moczu w kierunku grzybów drożdżopodobnych 146. Wymaz z gardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 147. Wymaz z kanału szyjki macicy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 148. Wymaz z migdałka posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 149. Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 150. Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 151. Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych	201. Kał posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 202. Posiew moczu w kierunku grzybów drożdżopodobnych 203. Wymaz z gardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 204. Wymaz z kanału szyjki macicy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 205. Wymaz z migdałka posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 206. Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 207. Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 208. Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 209. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, paznokcie nogi 210. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, paznokcie ręki 211. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, włosy 212. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, wymaz ze skóry 213. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, zeszkrobiny skórne 214. Posiew płwociny w kierunku grzybów drożdżopodobnych 215. Posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdżopodobnych 216. Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych, wydzielina 217. Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych – wymaz 218. Wymaz z cewki moczowej – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 219. Wymaz z nosa – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 220. Wymaz z oka – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 221. Wymaz z rany – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 222. Wymaz z ucha – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 223. Mykogram
g) Badania toksykologiczne wraz z pobraniem materiału (krew do badania)		
		224. Digoksyna 225. Ołów
B. DIAGNOSTYKA OBRAZOWA		
a) Badania ultrasonograficzne		
42. USG jamy brzusznej	152. USG jamy brzusznej 153. USG układu moczowego 154. USG ślinianek 155. USG tarczycy 156. USG piersi 157. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 158. USG ginekologiczne transwaginalne 159. USG ciąży 160. USG przezciężniczkowe 161. USG stawu kolanowego 162. USG stawu łokciowego 163. USG prostaty przez powłoki brzuszne	226. USG jamy brzusznej 227. USG układu moczowego 228. USG ślinianek 229. USG tarczycy 230. USG piersi 231. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 232. USG ginekologiczne transwaginalne 233. USG ciąży 234. USG przezciężniczkowe 235. USG stawu kolanowego 236. USG stawu łokciowego 237. USG prostaty przez powłoki brzuszne

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
		238. USG transrektalne prostaty 239. USG narządów mocznych (jąder) 240. USG stawów biodrowych 241. USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 r.ż.) 242. USG stawu barkowego 243. USG stawu skokowego 244. Echokardiografia – USG serca 245. USG + Doppler tętnic kończyn górnych 246. USG + Doppler tętnic kończyn dolnych 247. USG + Doppler tętnic szyjnych i kręgowych 248. USG + Doppler tętnic wewnętrznych 249. USG + Doppler tętnic nerkowych 250. USG + Doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych 251. USG + Doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego) 252. USG + Doppler żył kończyn górnych 253. USG + Doppler żył kończyn dolnych 254. USG tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki itd.) 255. USG krwiaka pourazowego mięśni 256. USG węzłów chłonnych 257. USG nadgarstka 258. USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów 259. USG stawów śródręcza i palców 260. USG ścięgna Achillesa 261. USG układu moczowego + TRUS
b) Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni)		
43. RTG zatok przynosowych 44. RTG czaszki PA + bok 45. RTG czaszki oczodoły 46. RTG oczodoły + boczne (2 projekcje) 47. RTG klatki piersiowej 48. RTG klatki piersiowej + bok 49. RTG klatki piersiowej bok z barytem 50. RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem 51. RTG jamy brzusznej na stojąco 52. RTG przełyku, żołądka i dwunastnicy 53. RTG kości krzyżowej i guzicznej 54. RTG podudzia (goleni) AP + bok 55. RTG podudzia (goleni) AP + bok obu 56. RTG uda + podudzia 57. RTG kości udowej AP + bok lewej 58. RTG kości udowej AP + bok prawej 59. RTG barku/ramienia – osiowe 60. RTG barku/ramienia – osiowe obu 61. RTG barku/ramienia AP + bok 62. RTG barku/ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze 63. RTG barku/ramienia AP 64. RTG barku/ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze 65. RTG przedramienia AP + bok 66. RTG przedramienia obu przedramion AP + bok 67. RTG łokcia/przedramienia AP + bok 68. RTG łokcia/przedramienia obu AP + bok 69. RTG ręki bok 70. RTG ręki PA 71. RTG ręki PA obu 72. RTG palca/palce PA + bok/skos 73. RTG palca/palce PA + bok/skos obu rąk 74. RTG kości łódceczkowatej 75. RTG stopy AP + bok/skos 76. RTG stopy AP + bok/skos obu 77. RTG stóp AP (porównawczo) 78. RTG kości śródstopia 79. RTG pięty + osiowe 80. RTG pięty boczne 81. RTG palca/palców stopy AP + bok/skos 82. RTG miednicy i stawów biodrowych 83. RTG mostka AP 84. RTG mostka/boczne klatki piersiowej 85. RTG żeber 86. RTG żeber (1 strona) w 2 skosach 87. RTG nadgarstka boczne 88. RTG nadgarstka boczne – obu 89. RTG nadgarstka PA + bok 90. RTG nadgarstka PA + bok obu 91. RTG ręki PA + skos 92. RTG ręki PA + skos obu 93. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos lewego	164. RTG zatok przynosowych 165. RTG czaszki PA + bok 166. RTG czaszki oczodoły 167. RTG oczodoły + boczne (2 projekcje) 168. RTG klatki piersiowej 169. RTG klatki piersiowej + bok 170. RTG klatki piersiowej bok z barytem 171. RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem 172. RTG jamy brzusznej na leżąco 173. RTG przełyku, żołądka i dwunastnicy 174. RTG kości krzyżowej i guzicznej 175. RTG podudzia (goleni) AP + bok 176. RTG podudzia (goleni) AP + bok obu 177. RTG uda + podudzia 178. RTG kości udowej AP + bok lewej 179. RTG kości udowej AP + bok prawej 180. RTG barku/ramienia – osiowe 181. RTG barku/ramienia – osiowe obu 182. RTG barku/ramienia AP + bok 183. RTG barku/ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze 184. RTG barku/ramienia AP 185. RTG barku/ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze 186. RTG przedramienia AP + bok 187. RTG przedramienia obu przedramion AP + bok 188. RTG łokcia/przedramienia AP + bok 189. RTG łokcia/przedramienia obu AP + bok 190. RTG ręki bok 191. RTG ręki PA 192. RTG ręki PA obu 193. RTG palca/palce PA + bok/skos 194. RTG palca/palce PA + bok/skos obu rąk 195. RTG kości łódceczkowatej 196. RTG stopy AP + bok/skos 197. RTG stopy AP + bok/skos obu 198. RTG stóp AP (porównawczo) 199. RTG kości śródstopia 200. RTG pięty + osiowe 201. RTG pięty boczne 202. RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – skosy 203. RTG miednicy i stawów biodrowych AP 204. RTG mostka AP 205. RTG mostka/boczne klatki piersiowej 206. RTG żeber 207. RTG żeber (1 strona) w 2 skosach 208. RTG nadgarstka boczne 209. RTG nadgarstka boczne – obu 210. RTG nadgarstka PA + bok 211. RTG nadgarstka PA + bok obu 212. RTG ręki PA + skos 213. RTG ręki PA + skos obu	262. RTG zatok przynosowych 263. RTG czaszki PA + bok 264. RTG czaszki oczodoły 265. RTG oczodoły + boczne (2 projekcje) 266. RTG klatki piersiowej 267. RTG klatki piersiowej + bok 268. RTG klatki piersiowej bok z barytem 269. RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem 270. RTG jamy brzusznej na leżąco 271. RTG przełyku, żołądka i dwunastnicy 272. RTG kości krzyżowej i guzicznej 273. RTG podudzia (goleni) AP + bok 274. RTG podudzia (goleni) AP + bok obu 275. RTG uda + podudzia 276. RTG kości udowej AP + bok lewej 277. RTG kości udowej AP + bok prawej 278. RTG barku/ramienia – osiowe 279. RTG barku/ramienia – osiowe obu 280. RTG barku/ramienia AP + bok 281. RTG barku/ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze 282. RTG barku/ramienia AP 283. RTG barku/ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze 284. RTG przedramienia AP + bok 285. RTG przedramienia obu przedramion AP + bok 286. RTG łokcia/przedramienia AP + bok 287. RTG łokcia/przedramienia obu AP + bok 288. RTG ręki bok 289. RTG ręki PA 290. RTG ręki PA obu 291. RTG palca/palce PA + bok/skos 292. RTG palca/palce PA + bok/skos obu rąk 293. RTG kości łódceczkowatej 294. RTG stopy AP + bok/skos 295. RTG stopy AP + bok/skos obu 296. RTG stóp AP (porównawczo) 297. RTG kości śródstopia 298. RTG pięty + osiowe 299. RTG pięty boczne 300. RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – skosy 301. RTG miednicy i stawów biodrowych AP 302. RTG mostka AP 303. RTG mostka/boczne klatki piersiowej 304. RTG żeber 305. RTG żeber (1 strona) w 2 skosach 306. RTG nadgarstka boczne 307. RTG nadgarstka boczne – obu 308. RTG nadgarstka PA + bok 309. RTG nadgarstka PA + bok obu 310. RTG ręki PA + skos 311. RTG ręki PA + skos obu 312. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos lewego

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
94. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos prawego 95. RTG obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos 96. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/sko s obu 97. RTG rzepki osiowe obu 98. RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach 99. RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach 100. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA 101. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy 102. RTG stawu biodrowego AP 103. RTG stawu biodrowego AP obu 104. RTG stawu biodrowego osiowe 105. RTG stawu kolanowego AP + bok 106. RTG stawu kolanowego AP + bok obu 107. RTG stawu kolanowego boczne 108. RTG stawu łokciowego 109. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok 110. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu 111. RTG barku (przez klatkę) 112. RTG barku AP + osiowe	214. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos lewego 215. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos prawego 216. RTG obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos 217. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos obu 218. RTG rzepki osiowe obu 219. RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach 220. RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach 221. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA 222. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy 223. RTG stawu biodrowego AP 224. RTG stawu biodrowego AP obu 225. RTG stawu biodrowego osiowe 226. RTG stawu kolanowego AP + bok 227. RTG stawu kolanowego AP + bok obu 228. RTG stawu kolanowego boczne 229. RTG stawu łokciowego 230. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok 231. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu 232. RTG barku (przez klatkę) 233. RTG barku AP + osiowe 234. RTG czaszki PA + bok + podstawa 235. RTG czaszki podstawa 236. RTG czaszki półosiowe wg Orleya 237. RTG czaszki siodło tureckie 238. RTG czaszki styczne 239. RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych 240. RTG twarzoczaszki 241. RTG jamy brzusznej inne 242. RTG jamy brzusznej na stojąco 243. RTG klatki piersiowej inne 244. RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy 245. RTG nosa boczne 246. RTG kości skroniowych transorbitalne 247. RTG kości skroniowych wg Schullera/ Steversa 248. RTG piramid kości skroniowej transorbitalne 249. RTG palca/palców stopy AP + bok/skos 250. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok 251. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos 252. RTG kręgosłupa lędźwiowego – bok 253. RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok 254. RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego 255. RTG kręgosłupa piersiowego 256. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok 257. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos 258. RTG kręgosłupa piersiowego – bok 259. RTG kręgosłupa piersiowego – skosy 260. RTG kręgosłupa szyjnego 261. RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok 262. RTG kręgosłupa szyjnego – bok 263. RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje) 264. RTG kręgosłupa szyjnego – skosy 265. RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego 266. RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego 267. RTG kręgosłupa w pozycji stojącej 268. RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza) 269. RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza) 270. RTG topatki 271. RTG zuchwy 272. RTG nosogardła 273. RTG obojczyka 274. Mammografia 275. Mammografia – zdjęcie celowane	313. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos prawego 314. RTG obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos 315. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos obu 316. RTG rzepki osiowe obu 317. RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach 318. RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach 319. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA 320. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy 321. RTG stawu biodrowego AP 322. RTG stawu biodrowego AP obu 323. RTG stawu biodrowego osiowe 324. RTG stawu kolanowego AP + bok 325. RTG stawu kolanowego AP + bok obu 326. RTG stawu kolanowego boczne 327. RTG stawu łokciowego 328. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok 329. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu 330. RTG barku (przez klatkę) 331. RTG barku AP + osiowe 332. RTG czaszki PA + bok + podstawa 333. RTG czaszki podstawa 334. RTG czaszki półosiowe wg Orleya 335. RTG czaszki siodło tureckie 336. RTG czaszki styczne 337. RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych 338. RTG twarzoczaszki 339. RTG jamy brzusznej inne 340. RTG jamy brzusznej na stojąco 341. RTG klatki piersiowej inne 342. RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy 343. RTG nosa boczne 344. RTG kości skroniowych transorbitalne 345. RTG kości skroniowych wg Schullera/ Steversa 346. RTG piramid kości skroniowej transorbitalne 347. RTG palca/palców stopy AP + bok/skos 348. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok 349. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos 350. RTG kręgosłupa lędźwiowego – bok 351. RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok 352. RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego 353. RTG kręgosłupa piersiowego 354. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok 355. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos 356. RTG kręgosłupa piersiowego – bok 357. RTG kręgosłupa piersiowego – skosy 358. RTG kręgosłupa szyjnego 359. RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok 360. RTG kręgosłupa szyjnego – bok 361. RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje) 362. RTG kręgosłupa szyjnego – skosy 363. RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego 364. RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego 365. RTG kręgosłupa w pozycji stojącej 366. RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza) 367. RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza) 368. RTG topatki 369. RTG zuchwy 370. RTG nosogardła 371. RTG obojczyka 372. Mammografia 373. Mammografia – zdjęcie celowane 374. RTG klatki piersiowej – RTG tomograf 375. RTG czynnościowe stawów skroniowo-żuchwowych 376. Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi) 377. Densytometria kręgosłupa lędźwiowego (ocena kości beleczkowej) – screening 378. Densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening 379. Densytometria szyjka kości udowej – advanced hip assessment (AHA) 380. Densytometria obie szyjki kości udowej – advanced hip assessment (AHA) 381. Densytometria kręgosłupa lędźwiowego + szyjka kości udowej (AHA) 382. Densytometria kręgosłupa lędźwiowego + 2 szyjki kości udowej (AHA)

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
c) Tomografia komputerowa wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi (Standardowe środki kontrastowe – środki powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Polski)		
	276. TK – Tomografia komputerowa głowy	383. TK – Tomografia komputerowa głowy 384. TK – Tomografia komputerowa głowy (2 fazy) 385. TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki 386. TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej 387. TK – Tomografia komputerowa oczodołów 388. TK – Tomografia komputerowa zatok 389. TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych 390. TK – Tomografia komputerowa szyi 391. TK – Tomografia komputerowa krtani 392. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej 393. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (2 fazy) 394. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (HRCT) 395. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej 396. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej (2 fazy) 397. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej (3 fazy) 398. TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej 399. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej + miednicy 400. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej + jamy brzusznej 401. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej + jamy brzusznej + miednicy mniejszej 402. TK – Tomografia komputerowa szyi + klatki piersiowej + jamy brzusznej + miednicy mniejszej 403. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego 404. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego 405. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego 406. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego 407. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego 408. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego 409. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego 410. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego 411. TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego 412. TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego 413. TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego 414. TK – Tomografia komputerowa nadgarstka 415. TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego 416. TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego 417. TK – Tomografia komputerowa stopy 418. TK – Tomografia komputerowa uda 419. TK – Tomografia komputerowa podudzia 420. TK – Tomografia komputerowa ramienia 421. TK – Tomografia komputerowa przedramienia 422. TK – Tomografia komputerowa ręki
d) Rezonans magnetyczny wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi (Standardowe środki kontrastowe – środki powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Polski)		
	277. MR – Rezonans magnetyczny niskopółowy głowy 278. MR – Rezonans magnetyczny wysokopółowy głowy	423. MR – Rezonans magnetyczny niskopółowy głowy 424. MR – Rezonans magnetyczny wysokopółowy głowy 425. MR – rezonans magnetyczny wysokopółowy + angio głowy 426. MR – Rezonans magnetyczny wysokopółowy głowy + angio 427. MR – Rezonans magnetyczny wysokopółowy twarzoczaszki 428. MR – Rezonans magnetyczny niskopółowy szyi 429. MR – Rezonans magnetyczny wysokopółowy szyi

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
		430. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy nadnerczy 431. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy jamy brzusznej 432. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy miednicy mniejszej 433. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy jamy brzusznej i miednicy mniejszej 434. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy klatki piersiowej 435. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy kręgosłupa lędźwiowego 436. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy kręgosłupa lędźwiowego 437. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy kręgosłupa piersiowego 438. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy kręgosłupa piersiowego 439. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy kręgosłupa szyjnego 440. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy kręgosłupa szyjnego 441. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy kręgosłupa krzyżowego 442. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy oczodołów 443. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy zatok 444. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy przysadki 445. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy krtani 446. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy stawu barkowego 447. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy stawu barkowego 448. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy stawu łokciowego 449. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy stawu łokciowego 450. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy stawu kolanowego 451. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy stawu kolanowego 452. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy nadgarstka 453. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy nadgarstka 454. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy stawu skokowego 455. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy stawu skokowego 456. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy stawu biodrowego 457. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy stawu biodrowego 458. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy stawów krzyżowo- -biodrowych 459. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy stopy 460. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy stopy 461. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy kończyny dolnej 462. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy podudzia 463. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy uda 464. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy kończyny górnej 465. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy przedramienia 466. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy ramienia 467. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy ręki
e) Badania endoskopowe wraz z pobraniem wycinków endoskopowych		
	279. Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej 280. Anoskopia 281. Gastroskopia (test ureazowy opcjonalnie)	468. Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej 469. Anoskopia 470. Gastroskopia (test ureazowy opcjonalnie) 471. Kolonoskopia 472. Sigmoidoskopia 473. Rektoskopia

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
C. DIAGNOSTYKA CZYNNOŚCIOWA (Standardowe badanie – badanie powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Polski)		
a) Badania elektrokardiograficzne		
113. Badanie EKG spoczynkowe	282. Badanie EKG spoczynkowe 283. EKG standardowa próba wysiłkowa	474. Badanie EKG spoczynkowe 475. EKG standardowa próba wysiłkowa 476. Złożenie Holtera EKG w gabinecie 477. Złożenie Holtera RR (ciśnienie krwi) w gabinecie
b) Inne badania czynnościowe		
114. Audiometr standardowy 115. Spirometria bez leku	284. Audiometr standardowy 285. Spirometria bez leku	478. Audiometr standardowy 479. Spirometria bez leku 480. Spirometria – próba rozkurczowa 481. Badanie uroflowmetryczne 482. EEG standardowe w czuwaniu
D. BADANIA OKULISTYCZNE		
		483. Komputerowe badanie pola widzenia 484. Badanie adaptacji do ciemności 485. Pachymetria
E. TESTY ALERGICZNE		
	286. Konsultacja alergologa 287. Testy alergiczne skórne – 1 punkt 288. Testy alergiczne skórne – panel wziewny 289. Testy alergiczne skórne – panel pokarmowy	486. Konsultacja alergologa 487. Testy alergiczne skórne – 1 punkt 488. Testy alergiczne skórne – panel wziewny 489. Testy alergiczne skórne – panel pokarmowy 490. Testy płatkowe/kontaktowe – panel podstawowy 491. Testy płatkowe/kontaktowe – panel owrzodzenia podudzi
V. PANEL BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH BEZ SKIEROWANIA		
Usługa dostępna dla Ubezpieczonych, którzy ukończyli 18 rok życia i realizowana wyłącznie we własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). Usługa obejmuje jednorazowe wykonanie w ciągu 12 miesięcy obowiązywania Umowy Dodatkowej, bez skierowania lekarza wymienionego panelu badań diagnostycznych.		
1. Mocz – badanie ogólne 2. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 3. Glukoza na czczo 4. Cholesterol całkowity 5. Standardowa cytologia szyjki macicy (dostępna dla pacjentek już od 16 r.ż.)	1. Mocz – badanie ogólne 2. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 3. Glukoza na czczo 4. Cholesterol całkowity 5. Standardowa cytologia szyjki macicy (dostępna dla pacjentek już od 16 r.ż.)	1. Mocz – badanie ogólne 2. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 3. Glukoza na czczo 4. Cholesterol całkowity 5. Standardowa cytologia szyjki macicy (dostępna dla pacjentek już od 16 r.ż.)
VI. PROWADZENIE CIĄŻY		
Usługa obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez lekarza we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED, zgodnie ze standardami Grupy LUX MED i składa się z: czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu. Usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania ultrasonograficzne obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego. Ww. zakres badań nie ogranicza możliwości skierowania na badania spoza programu i zakresu ubezpieczenia, ale nie obejmuje ich kosztów – również w przypadku pojawienia się podczas ciąży Ubezpieczonej, wskazań medycznych do wykonania badań, nieobjętych powyższym programem i zakresem ubezpieczenia.		
A. BADANIA PODSTAWOWE		
1. Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży 2. Glukoza na czczo 3. HBs Ag/antygen 4. Mocz – badanie ogólne 5. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 6. Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) 7. Standardowa cytologia szyjki macicy	1. Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży 2. Glukoza na czczo 3. HBs Ag/antygen 4. Mocz – badanie ogólne 5. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 6. Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) 7. Standardowa cytologia szyjki macicy	1. Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży 2. Glukoza na czczo 3. HBs Ag/antygen 4. Mocz – badanie ogólne 5. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 6. Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) 7. Standardowa cytologia szyjki macicy
B. BADANIA ROZSZERZONE		
	8. Glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie 9. Glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach 10. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przegldowe 11. Estriol wolny 12. HBs Ab/przeciwciała 13. HCV Ab/przeciwciała 14. HIV I /HIV II 15. P/ciała odpornościowe przegldowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 16. Różyczka IgG 17. Różyczka IgM	8. Glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie 9. Glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach 10. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przegldowe 11. Estriol wolny 12. HBs Ab/przeciwciała 13. HCV Ab/przeciwciała 14. HIV I /HIV II 15. P/ciała odpornościowe przegldowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 16. Różyczka IgG 17. Różyczka IgM

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
	18. Toksoplazmoza IgG 19. Toksoplazmoza IgM 20. Total Beta-hCG 21. Wymaz z odbytu posiew w kierunku paciorkowca hem. z gr. B (GBS) 22. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 23. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 24. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 25. USG ciąży 26. USG ciąży transwaginalne 27. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 28. USG ginekologiczne transwaginalne	18. Toksoplazmoza IgG 19. Toksoplazmoza IgM 20. Total Beta-hCG 21. Wymaz z odbytu posiew w kierunku paciorkowca hem. z gr. B (GBS) 22. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 23. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 24. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 25. USG ciąży 26. USG ciąży transwaginalne 27. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 28. USG ginekologiczne transwaginalne

VII. PROFILAKTYCZNY PRZEGŁĄD STANU ZDROWIA – WARIANT DLA KOBIET

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia to coroczny przegląd stanu zdrowia, uwzględniający wiek i płeć Ubezpieczonego, obejmujący zakres badań i konsultacji dla osób powyżej 18 roku życia. Przegląd rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami).

Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach której Ubezpieczeni uzyskują zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.

Program realizowany we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). Aby umówić się na realizację programu, należy zgłosić ten fakt telefonicznie, dzwoniąc pod numer Call Center Grupy LUX MED 22 33 22 880.

A. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja ginekologiczna 3. Konsultacja okulistyczna	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja ginekologiczna 3. Konsultacja okulistyczna 4. Konsultacja kardiologiczna 5. Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową

B. BADANIA LABORATORYJNE

4. Mocz – badanie ogólne 5. Krew utajona/F.O.B. 6. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 7. OB/ESR 8. Glukoza na czczo 9. TSH/hTSH 10. HBs Ag/antygen 11. HCV Ab/przeciwciała	6. Mocz – badanie ogólne 7. Krew utajona/F.O.B. 8. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 9. OB/ESR 10. Glukoza na czczo 11. TSH/hTSH 12. HBs Ag/antygen 13. HCV Ab/przeciwciała 14. Transaminaza GPT/ALT 15. Transaminaza GOT/AST 16. Kreatynina 17. Kwas moczowy 18. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 19. T3 Wolne 20. T4 Wolne 21. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)

C. INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE

(Badanie standardowe – badanie powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Polski)

12. Standardowa cytologia szyjki macicy 13. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne 14. Mammografia po 40 r.ż. 15. RTG klatki piersiowej PA 16. Badanie EKG – spoczynkowe 17. USG piersi – kobiety do 40 r.ż. 18. USG jamy brzusznej	22. Standardowa cytologia szyjki macicy 23. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne 24. Mammografia po 40 r.ż. 25. RTG klatki piersiowej PA 26. Badanie EKG – spoczynkowe 27. USG piersi – kobiety do 40 r.ż. 28. USG jamy brzusznej 29. USG tarczycy 30. Echokardiografia – USG serca

D. KONSULTACJA ZAMYKAJĄCA PRZEGŁĄD

19. Konsultacja internistyczna	31. Konsultacja internistyczna

VIII. PROFILAKTYCZNY PRZEGŁĄD STANU ZDROWIA – WARIANT DLA MĘŻCZYZN

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia to coroczny przegląd stanu zdrowia, uwzględniający wiek i płeć Ubezpieczonego, obejmujący zakres badań i konsultacji dla osób powyżej 18 roku życia. Przegląd rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami).

Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach której Ubezpieczeni uzyskują zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.

Program realizowany we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). Aby umówić się na realizację programu, należy zgłosić ten fakt telefonicznie, dzwoniąc pod numer Call Center Grupy LUX MED 22 33 22 880.

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
A. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE		
	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja okulistyczna 3. Konsultacja urologiczna	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja okulistyczna 3. Konsultacja urologiczna 4. Konsultacja kardiologiczna 5. Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową
B. BADANIA LABORATORYJNE		
	4. Mocz – badanie ogólne 5. Krew utajona/F.O.B. 6. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 7. OB/ESR 8. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA) 9. TSH/hTSH 10. HBs Ag/antygen 11. HCV Ab/przeciwciała 12. Glukoza na czczo	6. Mocz – badanie ogólne 7. Krew utajona/F.O.B. 8. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 9. OB/ESR 10. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) 11. TSH/hTSH 12. HBs Ag/antygen 13. HCV Ab/przeciwciała 14. Glukoza na czczo 15. Transaminaza GPT/ALT 16. Transaminaza GOT/AST 17. Kreatynina 18. Kwas moczowy 19. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 20. T3 Wolne 21. T4 Wolne 22. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
C. INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE		
	13. RTG klatki piersiowej PA 14. USG jamy brzusznej 15. Badanie EKG – spoczynkowe	23. RTG klatki piersiowej PA 24. USG jamy brzusznej 25. Badanie EKG – spoczynkowe 26. USG transrektalne prostaty 27. USG tarczycy 28. USG jędr 29. Echokardiografia – USG serca
D. KONSULTACJA ZAMYKAJĄCA PRZEGLĄD		
	16. Konsultacja internistyczna	30. Konsultacja internistyczna
IX. KONSyliUM MEDYCZNE		
Usługa obejmuje zorganizowanie dla Ubezpieczonego na terenie Polski konsylium medycznego złożonego z wybitnych przedstawicieli medycyny polskiej. Usługa dostępna wyłącznie z powodu skomplikowanych przypadków medycznych, a jej celem (o ile to możliwe) będzie ustalenie dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla Ubezpieczonego. Honoraria uczestników Konsylium pokrywa Ubezpieczony z 30% rabatem.		
		1. Konsylium medyczne
X. STOMATOLOGIA		
Usługi są wykonywane bezpłatnie we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna), stomatologiczne badania rentgenowskie wykonywane na podstawie skierowania od lekarza z ww. przychodni, wynik badania sporządzany na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni.		
A. PROFILAKTYKA STOMATOLOGICZNA WYKONYWANA WE WSKAZANYCH PRZYCHODNIACH LUX MED I MEDYCYNY RODZINNEJ		
	1. Usunięcie złogów naddziąstowych/scaling	1. Usunięcie złogów naddziąstowych/scaling 2. Usuwanie osadu – piaskowanie zębów 3. Polerowanie zębów 4. Fluoryzacja zębów kontaktowa 5. Indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową 6. Lakierowanie zębów
B. STOMATOLOGICZNE BADANIA RENTGENOWSKIE WYKONYWANE WE WSKAZANYCH PRZYCHODNIACH LUX MED I MEDYCYNY RODZINNEJ		
	1. RTG zęba	1. RTG zęba 2. Pantomogram jamy ustnej (RTG)
C. DOSTĘP DO OGÓLNOPOLSKIEJ SIECI STOMATOLOGICZNEJ (Bezpłatny przegląd oraz rabaty na usługi stomatologiczne)		
Usługa realizowana w sieci przychodni Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). W ramach usługi Ubezpieczonemu przysługuje bezpłatny dostęp do następujących usług: – przegląd stomatologiczny – jednorazowo (1 raz w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia), w zakres którego wchodzi ocena stanu uzębienia i higieny jamy ustnej, – okresowa konsultacja specjalistyczna (1 raz w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia); konsultacja obejmuje wywiad, poradę specjalisty oraz plan leczenia bez zabiegów w zakresie stomatologii zachowawczej, periodontologii, protetyki stomatologicznej, ortodoncji, chirurgii stomatologicznej oraz implantologii. Rabat udzielany od cennika ww. przychodni w wysokości: a) wybielanie zębów – rabat 20%, b) profilaktyka stomatologiczna, stomatologia zachowawcza, stomatologia estetyczna, endodoncja, chirurgia stomatologiczna – rabat 15%, c) protetyka, implantologia, periodontologia, ortodoncja – rabat 10%.		

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
XI. REHABILITACJA		
20% rabat na usługi z zakresu fizjoterapii wykonywane wyłącznie we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna)		
XII. SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE I TĘŻCOWI		
Usługa obejmuje szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyną przeciwwężcową). Usługa składa się z: – konsultacji lekarskiej przed szczepieniem, – szczepionki (preparat), – wykonania usługi pielęgniarstwa w postaci iniekcji. Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi realizowane są w ambulatoryjnych placówkach medycznych.		
XIII. REFUNDACJA „SWOBODA LECZENIA”		
70% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy	70% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy	90% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy
Podstawowe pojęcia Refundacja „Swoboda leczenia” (dalej refundacja) to zwrot części poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów usług zdrowotnych, zakupionych jako pojedyncze świadczenie, zgodnie z zasadami opisanymi poniżej. Przez placówkę leczniczą rozumiemy jednostkę organizacyjną przedsiębiorstwa leczniczego, która jest uprawniona do świadczenia usług zdrowotnych i działa na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej. Prawo do refundacji Ubezpieczony może skorzystać z refundacji: – wyłącznie za usługi zdrowotne wskazane w Wykazie Usług Medycznych pkt I- VIII dla posiadanego wariantu ubezpieczenia, wykonane w placówce leczniczej w warunkach ambulatoryjnych, – tylko w okresie posiadania dostępu do usług zdrowotnych (okres ten wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia), – maksymalnie do wysokości kwotowego limitu refundacji w danym kwartale kalendarzowym oraz procentu kosztów podlegających refundacji dla posiadanego wariantu ubezpieczenia, – po złożeniu wniosku o refundację oraz udokumentowaniu poniesionych kosztów, – z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności wynikających z umowy ubezpieczenia. Dokumentowanie poniesionych kosztów: 1. Ubezpieczony pokrywa koszty usługi zdrowotnej bezpośrednio w placówce leczniczej, w której ją wykonał, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej placówce oraz pobiera potwierdzenie wykonania usługi. 2. Potwierdzenie wykonania usługi powinno zawierać: – dane Ubezpieczonego, na rzecz którego zostały wykonane usługi zdrowotne (co najmniej imię, nazwisko, adres). W przypadku usług wykonywanych na rzecz małoletniego dziecka Ubezpieczonego potwierdzenie wykonania usługi powinno zostać wystawione na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem imienia i nazwiska dziecka, – wykaz wykonanych usług zdrowotnych lub szczegółowa specyfikacja wystawione przez placówkę leczniczą wykonującą te świadczenia, – liczbę zrealizowanych usług zdrowotnych danego rodzaju, – datę wykonania usługi zdrowotnej, – cenę jednostkową zrealizowanej usługi zdrowotnej. 3. Jeśli skierowanie na usługi medyczne nie było wystawione w placówce LUX MED, Ubezpieczony powinien dołączyć jego kopię do wniosku o refundację. W przypadku braku kopii skierowania potwierdzeniem może być również kopia dokumentacji medycznej, która zawiera odpowiednią adnotację o wystawieniu tego skierowania. 4. Refundacja nie zostanie dokonana w przypadku, gdy przekazane dokumenty nie będą pozwalały na ustalenie zrealizowanych usług zdrowotnych oraz osoby, na rzecz której zostało świadczenie wykonane, lub gdy zostaną przesłane do LUX MED później niż 3 miesiące od daty wykonania usługi. Rozliczenie refundacji 1. Okresy, w których przysługuje refundacja liczone są kalendarzowo i występują w ciągu roku w 4 kwartałach, tj. styczeń-marzec, kwiecień-czerwiec, lipiec-wrzesień, październik-grudzień. 2. Usługi zdrowotne, które zostały zrefundowane, zaliczane są do kwoty limitu refundacji w danym kwartale kalendarzowym na podstawie daty ich wykonania. 3. Limit kwotowy refundacji, który nie został wykorzystany w danym kwartale, nie przechodzi na kwartał następny. 4. W przypadku, gdy potwierdzenie wykonania usługi zdrowotnej nie daje podstawy do ustalenia wysokości poniesionych kosztów usługi zdrowotnej lub osoby, na rzecz której wykonano usługę, LUX MED ma prawo uzależnić dokonanie refundacji od dostarczenia przez Ubezpieczonego dodatkowych dokumentów dotyczących usługi objętej wnioskiem o refundację, które pozwolą ustalić tę podstawę. W tym celu Ubezpieczony może upoważnić LUX MED do wystąpienia do placówki leczniczej, która zrealizowała usługę zdrowotną, o udostępnienie dokumentacji medycznej w zakresie usługi objętej wnioskiem o refundację lub – w przypadku braku upoważnienia – dostarcza sam kopię tej dokumentacji. 5. W przypadku braku wyrażenia zgody na dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej wykonanej usługi zdrowotnej lub braku przedłożenia tej dokumentacji samodzielnie przez Ubezpieczonego, jak również w przypadku stwierdzenia braku podstaw do dokonania refundacji, LUX MED ma prawo odmowy dokonania refundacji odpowiednio w całości albo w części, o czym poinformuje pisemnie Ubezpieczonego wnioskującego o refundację. 6. Jeżeli koszt usługi zdrowotnej rażąco (tj. o ponad 50%) przewyższa cenę świadczenia określonej w cenniku LUX MED, LUX MED ma prawo obniżyć kwotę refundacji do najwyższej wysokości ceny tego świadczenia w Cenniku LUX MED, chyba że Ubezpieczony dostarczy dokumentację medyczną uzasadniającą wysokość poniesionych kosztów. Jako cennik LUX MED rozumiemy cennik obowiązujący w najbliższej zlokalizowanej przychodni LUX MED w stosunku do placówki leczniczej świadczącej usługę zdrowotną w dniu wykonania usługi, która posiada w swoim zakresie świadczeń usługi zdrowotne zrealizowane na rzecz Ubezpieczonego. Aktualny cennik dostępny na stronie www.luxmed.pl. Wypłata z tytułu refundacji Wniosek o refundację wraz z kompletem dokumentów należy przelać na adres: LUX MED Sp. z o.o. ul. Łżecka 24 F, 02-135 Warszawa Z dopiskiem: Refundacja W przypadku otrzymania tego wniosku lub dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej LUX MED poinformuje osobę, która złożyła wniosek o refundację, o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki w tym wniosku. LUX MED dokona refundacji na wskazany we wniosku o refundację numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty doręczenia kompletnego wniosku. Wniosek o refundację znajdziesz na www.allianz.pl		

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
XIV. E-KONSULTACJE MEDYCZNE		
Możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, tj. Portalu Pacjenta LUX MED. Usługa obejmuje e-konsultacje medyczne w zakresie: –interny/medycyny rodzinnej (od 18 roku życia), –pediatrii (do 18 roku życia), –pielęgniarstwa pediatrycznego, –potożnictwa Z e-konsultacji medycznych mogą skorzystać Ubezpieczeni, którzy założą konto na Portalu Pacjenta na stronie www.portalpacjenta.luxmed.pl. Dostępność czasowa e-konsultacji z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i jest widoczna w zakładce CZAT. Ubezpieczony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst. Specjaliści medyczni, którzy odpowiadają na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. E-konsultacja medyczna jest udzielana wyłącznie po zalogowaniu do Portalu Pacjenta, a treść e-konsultacji jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.		
W zakres e-konsultacji wchodzi wymienione porady specjalistów medycznych, które nie wymagają osobistego kontaktu ze specjalistą. E-konsultacja medyczna ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej. W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie e-konsultacji może odmówić zdalnej porady i skierować Ubezpieczonego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas e-konsultacji medycznej nie są wystawiane recepty ani skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące.		
XV. KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ		
Usługa polega na zapewnieniu Ubezpieczonemu przez Zespół Koordynatorów Opieki Szpitalnej, pomocy w zakresie skoordynowania na jego rzecz planowej Hospitalizacji, w sytuacji gdy otrzyma on skierowania do szpitala na zabieg planowany (w tym na planowany poród). Na wyraźne oświadczenie woli Ubezpieczonego co do chęci skorzystania przez niego z jednej lub wybranych usług koordynacji hospitalizacji, Koordynator Opieki Szpitalnej udziela mu wsparcia w następującym zakresie: – przedstawia propozycję Hospitalizacji (sugerowane placówki szpitalne, w których Ubezpieczony może skorzystać z Hospitalizacji) – umawia pobyt Ubezpieczonego w wybranej przez niego placówce szpitalnej, – udziela pomocy przy umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji, – monitoruje realizację badań i konsultacji wykonywanych przez Ubezpieczonego, – koordynuje obieg dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem, – przekazuje informacje o bieżącym statusie realizacji szpitalnych procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym, – umawia Ubezpieczonego na wizytę kontrolną po Hospitalizacji, – umawia Ubezpieczonego na badania lub zabiegi rehabilitacyjne po Hospitalizacji zgodnie z zaleceniami Lekarza, – organizuje Ubezpieczonemu Transport Medyczny, w przypadku gdy wynika on ze wskazań medycznych, zalecanych przez Lekarza. Wskazane powyżej usługi pomocy w zakresie koordynacji opieki szpitalnej realizowane są wyłącznie w Szpitalach własnych LUX MED lub Szpitalach współpracujących z LUX MED, których aktualna lista znajduje się na stronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia/oferta/ koordynacja-opieki-szpitalnej-dla-klienta-indywidualnego-i-korporacyjnego. Usługa Koordynacji Opieki Szpitalnej nie obejmuje kosztów usług zdrowotnych zorganizowanych przez Koordynatora, a zaakceptowanych przez Ubezpieczonego i wykonanych na jego rzecz w związku z Hospitalizacją – takich jak w szczególności: – badań i konsultacji lekarskich w trakcie kwalifikacji do Hospitalizacji; – świadczeń medycznych udzielanych Ubezpieczonemu w trakcie Hospitalizacji; – kontrolnych konsultacji lekarskich, badań kontrolnych i zabiegów rehabilitacyjnych udzielanych Ubezpieczonemu po Hospitalizacji; – kosztów korzystania przez Ubezpieczonego z Transportu Medycznego, do pokrycia tych kosztów zobowiązany jest Ubezpieczony z własnych środków. Szczegółowe informacje dotyczące sposobu korzystania przez Ubezpieczonego z pomocy Koordynatora Opieki Szpitalnej oraz definicje pojęć zapisanych wielką literą znajdują się w „Regulaminie korzystania z usługi Koordynacja Opieki Szpitalnej. W Regulaminie Ubezpieczony określany jest jako Pacjent.		
XVI. INNE ŚWIADCZENIA		
10% rabat na usługi ambulatoryjne, które nie są objęte zakresem w ramach umowy Ubezpieczenia realizowane w przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna), wymienionych na stronie www.luxmed.pl. Rabat jest naliczany od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabaty się nie sumują.		
Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu TU Allianz Życie S.A. nr 120/2023 i ma zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 20 stycznia 2024 roku. do ubezpieczenia Twoje Życie oraz Twój Plan oraz umów dodatkowych zawieranych na kolejny okres z informacją zawartą w pakietach rocznicowych wysyłanych poczynawszy od 20 stycznia 2024 r. do ubezpieczenia Twoje Życie oraz Twój Plan.		

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDI-ASSISTANCE NR MED/ASS/4/2024

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 11

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDI-ASSISTANCE NR MED/ASS/4/2024

DEFINICJE

KTO ZAWIERA UMOWĘ UBEZPIECZENIA (STRONY UMOWY)

Umowa ubezpieczenia została zawarta na rzecz Uczestników i łączy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce (my) – jako Ubezpieczyciela z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. – jako Ubezpieczającym. Zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej Uczestnikom reguluje ten dokument, czyli Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance nr MED/ASS/4/2024 (dalej: OWU).

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ (DEFINICJE)

- Akt terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność. Działanie to zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych
- Choroba przewlekła** – stan chorobowy, który został zdiagnozowany u Uczestnika przed objęciem po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia i charakteryzuje się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, albo choroba, która w ciągu 12 miesięcy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia była stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub była przyczyną co najmniej 24-godzinnej Hospitalizacji
- Dokument uczestnictwa** – dokument, w którym potwierdzamy, że objęliśmy daną osobę ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia
- Hospitalizacja** – pobyt Uczestnika w Szpitalu, trwający co najmniej 72 godziny, który nastąpił na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku
- Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Uczestnika związane z Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem
- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant
- Miejsce zamieszkania** – adres zamieszkania Uczestnika w Polsce, który Uczestnik wskazuje przed Przystąpieniem do ubezpieczenia
- Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy, który powstał nagle w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i zagraża życiu lub zdrowiu Uczestnika
- Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - 1) jest nagłe i nie zależy od woli Uczestnika,
 - 2) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez Przyczynę zewnętrzną,
 - 3) wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
- Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w którym Uczestnik jest objęty ochroną ubezpieczeniową, na podstawie niniejszego dokumentu
- Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, które działają na terytorium Polski na podstawie przepisów prawa, w ramach systemu publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej
- Przyczyna zewnętrzna** – czynnik zewnętrzny wobec organizmu, który stanowi wyłącznie powód powstania obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, polegający na oddziaływaniu na organizm:
 - 1) energii kinetycznej, która powoduje obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
 - 2) energii termicznej oraz elektrycznej, które powodują obrażenia w postaci oparzeń;
 - 3) czynników chemicznych, które powodują obrażenia w postaci oparzeń i zatruc;
 - 4) czynników akustycznych, które powodują obrażenia w postaci urazów akustycznych.
- Przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie Uczestnika ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, które potwierdzamy Dokumentem uczestnictwa
- Rezygnacja** – złożenie przez Uczestnika Ubezpieczającemu lub nam pisemnego oświadczenia woli o Rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia. Uczestnik może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w dowolnym momencie
- Sporty wysokiego ryzyka** – sporty motorowe i motorowodne, sporty powietrzne, szybownictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, heliskiing, heliboarding, uczestniczenia w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi (pusztnia, góry powyżej 4000 m n.p.m., busz, Antarktyda albo Arktyka (poza granicą wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), dżungla i tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego), downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skatkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach lub desce snowboardowej, jazda poza wyznaczonymi trasami, zjazdy ekstremalne, kajakarstwo górskie, rafting.
- Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia choremu samodzielne funkcjonowanie. Sprzęt rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i wataki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kotnierze, rowerek rehabilitacyjny, watek, półwatek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.
- Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - 1) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia – dzięki pracy zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego – lub
 - 2) wykonuje zabiegi chirurgii jednego dnia – co najmniej w zakresie, który dotyczy postępowania medycznego.Szpital nie jest: dom pomocy społecznej, dom opieki, ośrodek opieki dla przewlekłych chorych, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny ani wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego – w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny.
- Świadczenie assistance** – świadczenie ubezpieczeniowe w postaci:
 - 1) usługi opiekuńczej, którą zorganizujemy i pokryjemy jej koszt,
 - 2) kwoty, którą wypłacamy Uczestnikowi, gdy wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, a Uczestnik we własnym zakresie zorganizuje i opłaci usługę opiekuńczą
- Transport medyczny** – transport, który zapewniamy Uczestnikowi, o ile jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego i który jest dostosowany do stanu zdrowia Uczestnika. Transportem medycznym nie jest dojazd do poradni rehabilitacyjnej.
- Ubezpieczający** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4B, (00-189) Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000002561.
- Ubezpieczyciel (my)** – spółka pod firmą AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 0000189340, NIP 1070000164, REGON 01564769, o kapitale zakładowym spółki macierzystej 18 510 562,50 EUR, wpłaconym w całości, na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France.
- Uczestnik** – osoba fizyczna, która:
 - 1) jest osobą ubezpieczoną w Umowie podstawowej i
 - 2) wyraziła zgodę na Przystąpienie do ubezpieczenia
- Umowa podstawowa** – indywidualna umowa ubezpieczenia, która została zawarta z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. na rzecz Uczestnika, na podstawie:
 - 1) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bqdz Zdrow”,
 - 2) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet JA,
 - 3) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet MY,
 - 4) Ogólnych warunków ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym,

- 5) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Medi-service, która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Nowa Perspektywa,
 - 6) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Nowa Perspektywa,
 - 7) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Twoje Życie albo Twój Plan.
24. **Umowa ubezpieczenia** – Umowa grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance zawarta na rzecz Uczestników, która łączy nas z Ubezpieczającym.
25. **Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu, które polega na udziale:
- 1) w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji);
 - 2) we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym);
 - 3) które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków;
26. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Nagłe zachorowanie, Nieszczęśliwy wypadek lub Hospitalizacja Uczestnika, które wystąpiły w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Uczestnika.
2. Ubezpieczenie obejmuje Świadczenie assistance, które realizujemy, gdy w Okresie ochrony ubezpieczeniowej zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe.
3. Rodzaje świadczeń, zasady ich organizacji oraz limity, które dotyczą poszczególnych Świadczeń assistance w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej, podajemy w Tabeli Świadczeń Assistance:

Tabela Świadczeń Assistance

Część I Świadczenia assistance w przypadku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Uczestnika					
Lp.	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie assistance	Opis	Limity kwotowe na Zdarzenie ubezpieczeniowe	Limity w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej
1	Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	Wizyta lekarska	Jeśli Uczestnik będzie potrzebował wizyty lekarskiej, to: 1) zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty lekarskiej Uczestnika w Placówce medycznej albo 2) zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdów lekarza do Miejsca zamieszkania i sfinansujemy honorarium lekarza, o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego	–	3 wizyty
2		Transport medyczny do Placówki medycznej	Jeśli Uczestnik wymaga pobytu w Placówce medycznej na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego, to zorganizujemy i pokryjemy koszt Transportu medycznego z Miejsca zamieszkania do Placówki medycznej.	1000,00 zł brutto	–
3		Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi	Jeśli Uczestnik przebywa w Placówce medycznej, ale: 1) nie odpowiada ona wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub 2) jest skierowany na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej, to zorganizujemy i pokryjemy koszt Transportu medycznego pomiędzy Placówkami medycznymi.		
4		Transport medyczny z Placówki medycznej	Jeśli Uczestnik może opuścić Placówkę medyczną, w której przebywał, to zorganizujemy i pokryjemy koszt Transportu medycznego z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania.		
Lekarz Ubezpieczyciela na podstawie informacji od Lekarza prowadzącego wskaże rodzaj Transportu medycznego, który jest odpowiedni do stanu zdrowia Uczestnika.					
5		Rehabilitacja	Jeśli Uczestnik wymaga rehabilitacji na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego, to: 1) zorganizujemy i pokryjemy koszt wizyty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania albo 2) zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty Uczestnika w poradni rehabilitacyjnej (wraz z kosztami dojazdu i zabiegów rehabilitacyjnych)	1000,00 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
6		Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	Jeśli Uczestnik otrzyma od Lekarza prowadzącego pisemne zalecenie używania w domu Sprzętu rehabilitacyjnego, to zorganizujemy wypożyczenie albo zakup takiego sprzętu.	500,00 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
7		Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego	Jeśli Uczestnik otrzyma od Lekarza prowadzącego pisemne zalecenie używania w domu Sprzętu rehabilitacyjnego, to dostarczymy Uczestnikowi Sprzęt rehabilitacyjny do Miejsca zamieszkania.	500,00 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe

Część II

Świadczenie assistance w przypadku Hospitalizacji Uczestnika

8	Hospitalizacja	Wizyta w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika – na czas Hospitalizacji Uczestnika, obejmujące: • transport bliskiej osoby z miejsca jej pobytu do Szpitala oraz transport powrotny, • pobyt w hotelu przyszpitalnym lub w razie jego braku – w innym dostępnym hotelu trzygwiazdkowym najbliższym Szpitala.	1000,00 zł brutto	–
9		Wizyta w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika – po zakończeniu Hospitalizacji Uczestnika, obejmujące: • transport bliskiej osoby z miejsca jej pobytu do Miejsca zamieszkania oraz transport powrotny, • pobyt w najbliższym Miejscu zamieszkania hotelu trzygwiazdkowym, w okresie do 14 dni od zakończenia Hospitalizacji.	1000,00 zł brutto	–

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony.

ART. 4 JAK PRZYSTĄPIĆ DO UBEZPIECZENIA

1. Przystąpienie do ubezpieczenia odbywa się na podstawie zgody, którą osoba ubezpieczona wyraża we wniosku o zawarcie Umowy podstawowej.
2. Za zgodę na Przystąpienie do ubezpieczenia uznajemy także udzielenie uprzednio zgody na przystąpienie do umów grupowego ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków: „Program Mediservice”, „Pomoc medyczna i domowa dla mnie i mojej rodziny”, „Pomoc medyczna i domowa dla mnie”, „Program Assistance”, „Pomocnik domowy”, „Assistance medyczny i domowy”.
3. Objęcie danej osoby ochroną ubezpieczeniową (jako Uczestnika) potwierdzamy, doręczając Dokument uczestnictwa.

ART. 5 KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - 1) 1. dnia miesiąca kalendarzowego, który następuje po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej, o ile data ta przypada w okresie od 1. do 20. dnia miesiąca kalendarzowego, albo
 - 2) 1. dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej, o ile data ta przypada w okresie od 21. do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
2. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w Dokumentie uczestnictwa.
3. Okres ochrony ubezpieczeniowej wynosi 12 miesięcy i jest przedłużany na kolejne okresy 12-miesięczne, o ile:
 - 1) ochrona nie skończyła się przed upływem bieżącego okresu ochrony ubezpieczeniowej oraz
 - 2) Ubezpieczający lub Uczestnik nie postanowił inaczej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy ubezpieczenia kończy się:
 - 1) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej,
 - 2) z dniem przekształcenia Umowy podstawowej w umowę ubezpieczenia bezskładkowego – dotyczy Umowy podstawowej ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym,
 - 3) z ostatnim dniem Okresu ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) 30. dnia, licząc od dnia, w którym Uczestnik złożył Rezygnację,
 - 5) gdy wygaśnięcie lub zostanie rozwiązana Umowa ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu, za jaki Ubezpieczający opłacił składkę ubezpieczeniową,
 - 6) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia,
 - 7) w chwili śmierci Uczestnika.
5. Dostęp do Świadczeń assistance nie przysługuje w Okresie ochrony ubezpieczeniowej, jeśli składki ubezpieczeniowe z tytułu Umowy podstawowej nie są terminowo opłacane. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana terminowo, jeżeli kwota zaległości nie przekracza

miesięcznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach tej Umowy podstawowej. Zasada ta dotyczy Umowy podstawowej ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, ubezpieczenia Pakiet JA, ubezpieczenia Pakiet MY, ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym. W przypadku Umowy podstawowej ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym, składki ubezpieczeniowe z jej tytułu nie są terminowo opłacane także wtedy, gdy jest ona przekształcona w umowę ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.

ART. 6 JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI

1. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia przekazujemy Ubezpieczającemu OWU oraz inne dokumenty, których wymaga prawo.
2. Jeśli wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, to zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń assistance, które wymieniamy w Tabeli Świadczeń Assistance.

ART. 7 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać osobie zainteresowanej objęciem ochroną ubezpieczeniową: OWU oraz inne dokumenty, które otrzymuje od nas – przed Przystąpieniem Uczestnika do ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować nas o Przystąpieniu do ubezpieczenia w trybie uzgodnionym w Umowie ubezpieczenia.

ART. 8 ILE KOSZTUJE OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

Składka ubezpieczeniowa jest finansowana w całości przez Ubezpieczającego i została określona w Umowie ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

ART. 9 KIEDY UBEZPIECZAJĄCY MOŻE WYPOWIEDZIEĆ UMOWĘ UBEZPIECZENIA I KIEDY ULEGA ONA ROZWIĄZANIU

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

ART. 10 W JAKI SPOSÓB ZAPEWNIAMY REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

1. Aby skorzystać ze Świadczeń assistance, Uczestnik (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien skontaktować się z Ubezpieczycielem (tel. 22 591 95 73, 22 281 95 73) i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Uczestnika, nr PESEL lub, w przypadku jego braku, datę urodzenia,
 - 2) nazwę Umowy podstawowej,
 - 3) Miejsce zamieszkania,
 - 4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Uczestnikiem lub wskazaną przez niego osobą,
 - 5) opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy.
2. Po weryfikacji prawa Uczestnika do Świadczeń assistance – niezwłocznie, nie później niż w ciągu 72 godzin, przystąpimy do realizacji Świadczenia assistance i poinformujemy Uczestnika, kiedy je zrealizujemy. W przypadku zmiany terminu lub sposobu realizacji Świadczenia assistance również niezwłocznie prześlemy taką informację Uczestnikowi.
3. Jeżeli Uczestnik, z przyczyn od siebie niezależnych, nie mógł skontaktować się z nami telefonicznie i we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty Świadczeń assistance, powinien poinformować nas o tym fakcie w ciągu 7 dni od dnia, kiedy kontakt z nami stał się możliwy. W takim przypadku udzielimy informacji, w jaki sposób wystąpić o zwrot poniesionych kosztów.
4. W takim przypadku zwracamy koszty Świadczeń assistance, które poniósł Uczestnik, na podstawie dokumentów, które potwierdzają zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz poniesienie tych kosztów. Zwracamy koszty poniesione przez Uczestnika, nie wyższe jednak niż limity, które wskazujemy w Tabeli Świadczeń Assistance.
5. Jeśli Uczestnik nie powiadomił nas o Zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz zorganizował i pokrył koszty Świadczeń assistance we własnym zakresie, to zastrzegamy sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku organizowania Świadczeń assistance przez nas. Przepis ten nie ma zastosowania, gdy Uczestnik nie powiadomił nas o Zdarzeniu ubezpieczeniowym z przyczyn niezależnych od siebie.
6. Koszty Świadczeń assistance, które poniósł Uczestnik, wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, w złotych. Jeśli odmawiamy zwrotu kosztów, które poniósł Uczestnik lub wypłacamy część kwoty wskazanej we wniosku o zwrot kosztów, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
7. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy zwrot kosztów, które poniósł Uczestnik przysługuje i w jakiej wysokości, to pieniądze wypłacamy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsprawną część wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.

ART. 11 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE POKRYWAMY KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

1. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów poza terytorium Polski.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w wyniku:
 - 1) umyślnego działania Uczestnika,
 - 2) rażącego niedbalstwa Uczestnika, chyba że organizacja Świadczenia assistance odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 3) popełnienia przestępstwa umyślnego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Uczestnika,
 - 4) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Uczestnika,
 - 5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, Aktów terroryzmu,
 - 6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
 - 7) zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS,
 - 8) Chorób przewlekłych Uczestnika,
 - 9) nieprzestrzegania zaleceń lekarza,

- 10) Zawodowego uprawiania sportu lub uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Uczestnika;
 - 11) katastrof naturalnych, działania ognia lub następujących żywiołów: trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powódzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne;
 - 12) spożycia przez Uczestnika alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniami ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji,
 - 13) zaburzeń psychicznych Uczestnika, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
3. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
- 1) w związku z leczeniem sanatoryjnym Uczestnika oraz helioterapią, niezależnie od jej powodu;
 - 2) w wyniku leczenia stomatologicznego Uczestnika;
 - 3) leczenia eksperymentalnego, którego skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które jest w trakcie badań lub testów;
 - 4) w wyniku rutynowych badań fizykalnych Uczestnika, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i podania leków lub zabiegów zapobiegawczych;
 - 5) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.
4. Nie udzielimy ochrony ubezpieczeniowej ani też nie będziemy zobowiązani do organizacji Świadczenia assistance w zakresie udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli organizacja Świadczenia assistance mogą narazić nas na jakiegokolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub jakichkolwiek sankcji handlowych i gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, prawa polskiego, Wielkiej Brytanii lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

REKLAMACJE I INNE WAŻNE INFORMACJE

ART. 12 JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ

1. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Uczestnik, uprawniony z umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy ubezpieczenia grupowego mogą złożyć Ubezpieczycielowi:
 - A. ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu (22) 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku, w dni robocze w godzinach 8.00-16.00) albo osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - B. na piśmie – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - C. w postaci elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia złożone do Ubezpieczającego będą przekazywane do Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni. O wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany na piśmie.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest na piśmie za pośrednictwem poczty tradycyjnej na adres do doręczeń wskazany przez składającego reklamację w jej treści. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wystana pocztą elektroniczną.
5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy na piśmie lub w postaci elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest na

piśmie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z ust. 4.

6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Uczestnikiem lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Uczestnikiem lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – udział Ubezpieczyciela w takim postępowaniu jest obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl
Biuro Rzecznika Finansowego
ul. Nowogrodzka 47A 00-695 Warszawa
Tel. +48 22 333-73-26 – Recepcja
+48 22 333-73-27 – Recepcja
Faks +48 22 333-73-29
e-mail: biuro@rf.gov.pl
www.rf.gov.pl
8. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawieranych za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce a konsumentami, istnieje możliwość wykorzystania internetowego systemu rozstrzygania sporów – platformy ODR. W tym celu konsument powinien wypełnić elektroniczny formularz dostępny pod adresem <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

ART. 13 W JAKI SPOSÓB SĄ ROZWIĄZYWANE EWENTUALNE SPORY

1. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Uczestnika lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Uczestnika lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

ART. 14 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O UBEZPIECZENIU

1. W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie Umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia podlega przepisom prawa polskiego.

OWU zostały przyjęte uchwałą Ubezpieczyciela nr 001/2024 z dnia 11 stycznia 2024 r. i wchodzi w życie z dniem 16.03.2024 r.



Piotr Ruszowski
Dyrektor Oddziału

PODSTAWOWE INFORMACJE O GRUPOWYM UBEZPIECZENIU MEDI-ASSISTANCE

Dokument ten jest materiałem informacyjnym dla osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance. Opisujemy w nim najważniejsze cechy i zasady działania tego ubezpieczenia. Pełne informacje o ubezpieczeniu zawierają Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Medi-Assistance (MED/ASS/4/2024).

JAKIEGO RODZAJU JEST TO UBEZPIECZENIE

Medi-Assistance jest to umowa grupowego ubezpieczenia, która została zawarta na rzecz Uczestników i łączy Ubezpieczyciela: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z Ubezpieczającym: Towarzystwo Ubezpieczeń Alianz Życie Polska S.A. Ubezpieczenie obejmuje Świadczenie assistance, które realizuje Ubezpieczyciel, gdy w Okresie ochrony ubezpieczeniowej zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe. Koszt ochrony za danego Uczestnika pokrywa Ubezpieczający.

KTO MOŻE BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ I JAK DŁUGO TRWA UBEZPIECZENIE

Ochroną jest objęty Uczestnik, czyli osoba fizyczna, która jest ubezpieczona w Umowie podstawowej wskazanej w warunkach ogólnych. Okres ochrony ubezpieczeniowej trwa 12 miesięcy i rozpoczyna się od dnia wskazanego w Dokumencie uczestnictwa.

CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Jeśli w Okresie ochrony ubezpieczeniowej wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty Świadczeń assistance wymienionych w poniższej Tabeli Świadczeń Assistance.

Zdarzenie	Świadczenie assistance	Limity kwotowe na Zdarzenie	Limity
Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	Wizyta lekarska	–	3 wizyty
	Transport medyczny: • do Placówki medycznej • pomiędzy Placówkami medycznymi • z Placówki medycznej	1000 zł brutto	–
	Rehabilitacja	1000 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
	Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	500 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
Hospitalizacja	Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego	500 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
	Wizyta w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	1000 zł brutto	–
	Wizyta w Miejsku zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	1000 zł brutto	–

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczyciel nie zapewnia świadczeń i usług poza terenem Polski. Nie odpowiada także za zdarzenia powstałe w szczególności w wyniku:

- umyślnego działania Uczestnika;
- rażącego niedbalstwa Uczestnika, chyba że organizacja Świadczenia assistance odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
- popełnienia przestępstwa umyślnego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Uczestnika;
- w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Uczestnika;
- Chorób przewlekłych Uczestnika;
- Zawodowego uprawiania sportu lub Uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Uczestnika;
- w związku z leczeniem sanatoryjnym Uczestnika oraz helioterapią, niezależnie od jej powodu;
- leczenia stomatologicznego Uczestnika;
- leczenia eksperymentalnego, którego skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które jest w trakcie badań lub testów;
- rutynowych badań fizykalnych Uczestnika, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i podania leków lub zabiegów zapobiegawczych.

Wszystkie ograniczenia odpowiedzialności wskazaliśmy w warunkach ogólnych.

Dokument ten wszedł w życie z dniem 16 marca 2024 roku.

POLITYKA PRYWATNOŚCI

ZASADY OCHRONY PRYWATNOŚCI

AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce („my”, „nas”, „nasze”) jest licencjonowanym ubezpieczycielem francuskim działającym w Polsce w formie oddziału. Niniejsze zasady ochrony prywatności wyjaśniają, w jaki sposób i jakiego rodzaju dane osobowe będą zbierane, w jakich celach będą one zbierane i komu będą udostępniane/ujawniane. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

1. KIM JEST ADMINISTRATOR DANYCH?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych i odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce jest właśnie administratorem danych.**

2. JAKIE DANE OSOBOWE BĘDĄ ZBIERANE?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, zgodnie z poniższym wykazem:

- Nazwisko (w tym nazwisko rodowe), imię (imiona)
- Imiona rodziców
- PESEL
- Adres zameldowania i zamieszkania
- Data urodzenia
- Płeć
- Numer, data wydania, data ważności, organ wydający i rodzaj dokumentu tożsamości
- Numery telefonów

- Adres e-mail
- Informacje o posiadanym prawie jazdy (kategoria, data wydania, data ważności, numer dokumentu)
- Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym
- Numer rejestracyjny pojazdu
- Numer VIN pojazdu
- Numer polisy
- Dane dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia
- Dane o pracodawcy i statusie zatrudnienia
- Obywatelstwo
- Informacje o prowadzonej działalności gospodarczej
- Dane pozyskane w trakcie zgłoszenia oraz likwidacji szkody

W zależności od Państwa umowy lub szkody poprosimy jedynie o dane niezbędne w konkretnym przypadku.

Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe”, tj. dane dotyczące stanu zdrowia oraz dane ze świadectw zgonu.

3. W JAKI SPOSÓB BĘDIEMY UZYSKIWAĆ I WYKORZYSTYWAĆ PAŃSTWA DANE OSOBOWE?

Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału (tj. z placówek medycznych, od Państwa pracodawcy, z Narodowego Funduszu Zdrowia) zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
Zarządzanie umową, w tym umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód, rozpatrywanie reklamacji)	Nie (z wyjątkiem sytuacji, kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji kiedy nie są Państwem naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych)	art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. a) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. g w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
W celu informowania Państwa, lub umożliwienia spółkom z Grupy AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Tak	art. 6 ust. 1 lit. a) RODO*, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest marketing bezpośredni naszych produktów i usług)
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie	art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego)
W celu ograniczenia ryzyka w zakresie sankcji gospodarczych poprzez weryfikację i zastosowanie innych odpowiednich środków sprawdzających, czy klient lub ryzyko podlegające ubezpieczeniu nie podlega jakimkolwiek ograniczeniom oraz czy umowa nie narusza żadnych sankcji gospodarczych, poprzez cykliczne kontrole ubezpieczonych i klientów, a także – na etapie likwidacji szkody – poprzez przeprowadzenie analizy pod względem obowiązywania sankcji finansowych w odniesieniu do ubezpieczonego oraz, w stosownych wypadkach, beneficjenta przed wypłatą odszkodowania lub świadczenia	Nie	art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zapobieganie przestępstwom ubezpieczeniowym i obrona przed nadużyciami)

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
W celu badania satysfakcji klienta	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest badanie jakości świadczonych przez nas usług oraz poziomu zadowolenia naszych klientów z tych usług)
W celu ustalenia, dochodzenia i obrony przed roszczeniami	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest możliwość ustalenia, dochodzenia i obrony przed ewentualnymi roszczeniami)

Na cele określone powyżej, nie wymagamy Państwa wyrażonej zgody (z wyjątkiem niektórych sytuacji, kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia lub nie są Państwo naszym klientem), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zaimprowizacji nabywania naszych produktów i usług lub likwidacji zgłoszonej szkody. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwróci lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb, lub zlikwidować zgłoszonej przez Państwa szkody.

W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży. Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili stworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do jej zakwestionowania, uzyskania jej uzasadnienia, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

4. KTO BĘDZIE MIEĆ DOSTĘP DO DANYCH OSOBOWYCH?

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.

We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępniać Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i innym podwykonawcom świadczącym usługi na rzecz AWP w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami, likwidacja szkody, wykonanie umowy poprzez wykonanie usług na rzecz uprawnionej osoby) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępniemy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

- w razie planowanej lub faktycznej reorganizacji, potęczenia, sprzedaży, wspólnego przedsięwzięcia, cesji, zbycia lub innego rozporządzenia całością lub częścią naszego przedsiębiorstwa, majątku lub zapasów (w tym w ramach postępowania upadłościowego lub podobnego postępowania) lub
- w celu wypełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w tym odpowiedniemu rzecznikowi praw, w razie złożenia przez Państwa skargi dotyczącej produktu lub usługi, którą Państwu sprzedaliśmy.

5. GDZIE BĘDĄ PRZETWARZANE DANE OSOBOWE?

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.

Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regułami korporacyjnymi, które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. W wypadku, gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

6. JAKIE UPRAWNIENIA PRZYSŁUGUJĄ PAŃSTWU W ODNIESIENIU DO DANYCH OSOBOWYCH?

O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;
- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;
- uzyskania swoich danych osobowych w formie elektronicznej na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych. W Polsce organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Mogą Państwo korzystać z tych praw kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na stronie: <https://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

7. JAK MOŻNA WNIĘŚ SPRZECIW WOBEC PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH?

Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaniemy dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy.

W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

Zagraniczna druga opinia medyczna

Co zyskujesz?

- Jeśli lekarze w Polsce zdiagnozują u Ciebie lub Twoich bliskich poważną chorobę, możesz liczyć na dodatkową opinię najlepszych specjalistów – bez konieczności wyjazdu za granicę.
- Masz dostęp do platformy informacyjnej www.askbestdoctors.com/pol, na której znajdziesz wiele przydatnych informacji medycznych (także w formie wideo).

Warto wiedzieć

Z usługi Best Doctors możesz skorzystać, gdy masz już diagnozę postawioną przez Twojego lekarza. Diagnoza może dotyczyć choroby Twojej albo osoby bliskiej.

Zwróć uwagę

W ramach umowy masz dostęp do dwóch usług:

- zagranicznej drugiej opinii medycznej – możesz z niej skorzystać w przypadku poważnych chorób i uszkodzeń ciała, które zagrażają życiu; ich listę znajdziesz w warunkach ubezpieczenia,
- telefonicznej konsultacji eksperta – możesz z niej skorzystać, jeśli choroba wymaga leczenia specjalistycznego (jak np. alergia, łuszczyca), ale nie zagraża życiu.

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

Zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors: **800 365 867**. Jest ono czynne 24 godz. na dobę, 7 dni w tygodniu.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ZAGRANICZNA DRUGA OPINIA MEDYCZNA” (OM/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-3 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 4-5 Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ZAGRANICZNA DRUGA OPINIA MEDYCZNA” (OM/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakimi są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Best Doctors** – Best Doctors Services SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii (adres: C/Almagro 36-1, 28010 Madryt), za pośrednictwem którego zapewniamy sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, Informacji Medycznej Eksperta oraz dostęp do Platformy AskBestDoctors
2. **Biblioteka Video On-line** – zbiór informacyjno-edukacyjnych filmów wideo, umożliwiających uzyskanie informacji o istocie chorób, ich wpływie na organizm, metodach diagnostyki i leczenia
3. **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – całodobowe centrum zgłoszeniowe Best Doctors (tel. 800 365 867, adres: ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne oraz dokumenty od Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej, weryfikuje prawo do uzyskania świadczeń oraz koordynuje ich realizację
4. **Dziecko** – własne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego, nad którym sprawuje on opiekę rodzicielską do czasu uzyskania przez nie pełnoletności i które w dniu postawienia diagnozy lub stwierdzenia konieczności przeprowadzenia leczenia operacyjnego ma nie więcej niż 25 lat
5. **Ekspert** – lekarz, który praktykuje poza Polską i jest uznawany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym danej specjalizacji. Wyboru Eksperta dokonuje Best Doctors, z uwzględnieniem specyfiki schorzenia, którego dotyczy zgłoszenie
6. **Informacja Medyczna Eksperta (AskTheExpert)** – specjalistyczna ocena stanu zdrowia lub informacja o problemie zdrowotnym Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej, którą sporządza Ekspert. Jeśli jest to możliwe na podstawie zgromadzonych informacji, Ekspert przygotowuje także propozycję sposobu leczenia
7. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej – w zależności od tego, której osoby dotyczy,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym osoby, której to zdarzenie dotyczy,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową
8. **Osoba Bliska** – Współmałżonek, Partner lub Dziecko Ubezpieczonego
9. **Partner** – osoba, z którą Ubezpieczony prowadzi z wspólne gospodarstwo domowe
10. **Platforma AskBestDoctors** – internetowa platforma informacyjna na stronie www.askbestdoctors.com/pol, dzięki której Ubezpieczony lub Osoba Bliska:
 - a) korzystają z bazy informacji dotyczących kwestii zdrowotnych – od informacji ogólnych po szczegółowe wyjaśnienia na temat schorzeń i ich leczenia, w tym z zasobów Biblioteki Video On-line,

- b) wypełniają i składają on-line wnioski o sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta,
 - c) przeglądają swoją dokumentację medyczną.
- Ubezpieczony lub Osoba Bliska korzystają z platformy po zalogowaniu się z wykorzystaniem indywidualnego hasła
11. **Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej albo w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie i która w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat
 12. **Współmałżonek** – osoba, która pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego
 13. **Zagraniczna Druga Opinia Medyczna (InterConsultation)** – opinia, która dotyczy Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej i którą sporządza Ekspert na podstawie dostarczonej mu dokumentacji medycznej. Opinia ta zawiera:
 - a) weryfikację wcześniej postawionej diagnozy,
 - b) propozycję optymalnego planu leczenia

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) organizację oraz pokrycie kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego, Ubezpieczonemu lub Osobie Bliskiej postawiono diagnozę lub zalecono leczenie operacyjne, które mają związek z następującym stanem chorobowym lub uszkodzeniem ciała:

1) nowotwór złośliwy	12) choroba Alzheimera	23) rozległe oparzenie
2) niewydolność nerek	13) choroba Parkinsona	24) utrata kończyn
3) schyłkowa niewydolność wątroby	14) choroby neuronu ruchowego	25) utrata słuchu
4) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby	15) przeszczep narządu	26) utrata wzroku
5) udar mózgu	16) zawał serca	27) utrata mowy
6) łagodny nowotwór mózgu	17) angioplastyka naczyń wieńcowych	28) śpiączka
7) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	18) operacja pomostowania naczyń wieńcowych	29) cukrzyca typu 1 (insulinozależna)
8) zapalenie mózgu	19) operacja zastawek serca	30) gruźlica
9) porażenie kończyn	20) operacja aorty	31) zakażenie wirusem HIV
10) paraliż	21) bakteryjne zapalenie wsierdzia	32) inne stany chorobowe i uszkodzenia ciała, o ile zagrażają życiu Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej i wymagają leczenia specjalistycznego
11) stwardnienie rozsiane	22) niedokrwistość aplastyczna	

- b) organizację oraz pokrycie kosztów sporządzenia Informacji Medycznej Eksperta, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego, Ubezpieczonemu lub Osobie Bliskiej występuje stan chorobowy albo uszkodzenie ciała inne niż wymienione w tabeli, które wymagają leczenia specjalistycznego,
- c) dostęp do Platformy AskBestDoctors,
- d) tłumaczenie na język Eksperta dokumentacji medycznej, którą przekazuje Ubezpieczony lub Osoba Bliska,
- e) tłumaczenie na język polski Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej i Informacji Medycznej Eksperta – przed przekazaniem ich Ubezpieczonemu lub Osobie Bliskiej.

3. Ubezpieczony i Osoba Bliska mogą korzystać ze świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, w okresie, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
4. Jeśli spóźnisz się z płatnościami Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zapłacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do świadczeń.
5. W ciągu pierwszych 90 dni ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w pierwszej Umowie Dodatkowej, zapewniamy sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta wyłącznie w związku z następstwami Niezłaskliwego Wypadku.
6. Dla jednego stanu chorobowego lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej, które obejmujemy ubezpieczeniem, zapewniamy sporządzenie jednej Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej albo jednej Informacji Medycznej Eksperta.

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Pierwszą Umowę Dodatkową możesz zawrzeć tylko razem z Umową Główną.
2. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 5 W JAKI SPOSÓB ZAPEWNIAMY DOSTARCZENIE ZAGRANICZNEJ DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ

1. Aby uzyskać Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną, Ubezpieczony albo Osoba Bliska, a w przypadku osób małoletnich – ich przedstawiciel ustawowy:
 - a) kontaktują się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podają dane:
 - imię, nazwisko i adres Ubezpieczonego,
 - numer polisy, która potwierdza zawarcie Umowy,
 - dane osoby, której dotyczy zgłoszenie,
 - kontaktowy numer telefonu,
 - b) wypełniają formularze, które otrzymują po zweryfikowaniu przez Best Doctors prawa do świadczenia,
 - c) dostarczają do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors, na własny koszt, wypełnione formularze oraz zgromadzoną dokumentację medyczną, a jeśli zgłoszenie dotyczy Osoby Bliskiej – także odpis aktu małżeństwa albo odpis aktu urodzenia Dziecka (w zależności od tego, której osoby dotyczy zgłoszenie).
2. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana:
 - a) osobie, której dotyczy,
 - b) w uzgodniony z nią sposób,
 - c) w ciągu 30 dni od dostarczenia dokumentacji medycznej.Jeżeli do przygotowania tej opinii niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, to Zagraniczna Druga Opinia Medyczna zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie było możliwe. W przypadku osób małoletnich Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana ich przedstawicielowi ustawowemu.
3. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana w języku polskim.

ART. 6 W JAKI SPOSÓB DOSTARCZAMY INFORMACJĘ MEDYCZNĄ EKSPERTA

1. Aby uzyskać Informację Medyczną Eksperta, Ubezpieczony albo Osoba Bliska, a w przypadku osób małoletnich – ich przedstawiciel ustawowy:
 - a) kontaktują się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podają dane:
 - imię, nazwisko i adres Ubezpieczonego,
 - numer polisy, która potwierdza zawarcie Umowy,
 - dane osoby, której dotyczy zgłoszenie,
 - kontaktowy numer telefonu,
 - b) udzielają wyjaśnień dotyczących stanu zdrowia osoby, której zgłoszenie dotyczy.
2. Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana:
 - a) osobie, której dotyczy, na wskazany przez nią adres poczty elektronicznej,
 - b) w ciągu 7 dni od dostarczenia informacji.Jeżeli do przygotowania tej opinii niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, to Informacja Medyczna Eksperta zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie było możliwe.
3. W przypadku osób małoletnich Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana ich przedstawicielowi ustawowemu.
4. Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana w języku polskim.

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE POKRYWAMY KOSZTÓW SPORZĄDZENIA ZAGRANICZNEJ DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ ANI INFORMACJI MEDYCZNEJ EKSPERTA

1. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej ani Informacji Medycznej Eksperta:
 - a) jeżeli przyczyną zgłoszenia jest:
 - ostry i krótkotrwały stan chorobowy,
 - choroba przewlekła o lekkim przebiegu,
 - zaburzenie psychiczne,
 - problem stomatologiczny,
 - b) w czasie pobytu Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem tej Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta,
 - c) jeżeli stan chorobowy Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.
2. Ani Best Doctors, ani my nie odpowiadamy za:
 - a) medyczną poprawność Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej czy Informacji Medycznej Eksperta,
 - b) skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tych opiniach,
 - c) skutki wdrożenia proponowanych przez Ekspertów planów leczenia, w tym ich skuteczność.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Ubezpieczenie składki

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

Przejmujemy opłacanie Twoich składek za polisę, jeśli lekarz stwierdzi u Ciebie całkowitą niezdolność do pracy zgodnej z wykształceniem bądź umiejętnościami zawodowymi.

Warto wiedzieć

Weźmiemy na siebie opłacanie składek od 7 miesiąca niezdolności do pracy, która nie musi mieć trwałego charakteru.

Zwróć uwagę

Umowa może być zawarta wyłącznie razem z umową ubezpieczenia na życie przez Ubezpieczonego Głównego, który jest jednocześnie Ubezpieczającym – czyli osobą, która opłaca składki.

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA SKŁADKI (US/TZ/5/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA SKŁADKI (US/TZ/5/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej, która jest zgodna z jego wykształceniem, umiejętnościami nabytymi podczas ukończonych kursów zawodowych lub podczas wykonywania Aktywności Zarobkowej. Ta całkowita niezdolność musi:
 - a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, które również wystąpiły w czasie tej ochrony, i
 - b) trwać w czasie tej ochrony nieprzerwanie przynajmniej 6 miesięcy
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zająć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) jest Ubezpieczonym Głównym i Ubezpieczającym w Umowie i
 - b) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 55 lat
5. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
6. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub

przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu

7. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność do Pracy, także taką, która powstaje na skutek Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
3. Niezdolność do Pracy oraz 6-miesięczny okres całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej muszą wystąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
4. W razie Niezdolności do Pracy świadczenie ubezpieczeniowe jest równe sumie wszystkich Składek – pomniejszonych o Regularne Składki Kapitałowe – których terminy płatności przypadają po upływie 6-miesięcznego okresu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej i do zakończenia Niezdolności do Pracy, jednak nie dłużej niż do:
 - a) rozwiązania Umowy Dodatkowej z innej przyczyny niż zakończenie okresu, na który została zawarta, i
 - b) ukończenia przez Ubezpieczonego 67 lat.

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Pierwszą Umowę Dodatkową możesz zawrzeć tylko razem z Umową Główną.
2. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upływie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) w dniu zmiany osoby, która ma obowiązek płacić Składki,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
3. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Masz obowiązek opłacać Składki do czasu, gdy podejmiemy decyzję o ich przejściu.
2. Gdy otrzymujemy wniosek o przejście opłacania Składek, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
3. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu,
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
4. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
5. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) wysokości Składki, którą pomniejszamy o:
 - składkę za tę Umowę Dodatkową i
 - Regularną Składkę Kapitałową – jeśli ją opłacasz,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.
3. Składka za Umowę Dodatkową zmienia się w przypadku zmiany Składki.
4. W okresie, w którym przejmujemy opłacanie Składek, nie możesz dokonywać zmian w Umowie, które powodują podwyższenie Składki.

ART. 6 W JAKI SPOSÓB SPEŁNIMY ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Jeśli wystąpi Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, to spełnimy świadczenie poprzez przejęcie opłacania Składek, z wyjątkiem Regularnej Składki Kapitałowej.
2. Zwrócimy Ci Składki pomniejszone o Regularne Składki Kapitałowe, które opłaciłeś po spełnieniu warunków do przejęcia opłacania Składek, a przed podjęciem przez nas decyzji o takim przejęciu.
3. Jeśli w czasie trwania całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej na Twój wniosek podwyższyliśmy Sumę Ubezpieczenia i składkę za Umowę Główną, to:
 - a) do ustalenia świadczenia ubezpieczeniowego bierzemy pod uwagę Składkę, która obowiązywała przed tym podwyższeniem,
 - b) uznajemy to podwyższenie za niebyłe.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE, ABYŚMY PRZEJĘLI OPŁACANIE SKŁADEK

Abyśmy mogli ustalić, czy i na jaki okres przejąć opłacanie Składek, potrzebujemy zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają Niezdolność do Pracy – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE PRZEJMIEMY OPŁACANIA SKŁADEK

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie przejmujemy opłacania Składek także wtedy, gdy Niezdolność do Pracy nastąpiła:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego,
- c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
- d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
- e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- g) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony - chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- h) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Śmierć wskutek NW

Podstawowa korzyść

- Wskazanym przez Ciebie osobom wypłacimy dodatkową kwotę, która powiększy wypłatę z ubezpieczenia na życie.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w razie śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, to 1 000 000 zł.

Warto wiedzieć

Nieszczęśliwy wypadek to nagłe i niespodziewane zdarzenie, którego przyczyna jest zawsze zewnętrzna – nie może nią być np. choroba.

Zwróć uwagę

Pieniądze z ubezpieczenia na życie wypłacimy uprawnionym do tego osobom – niezależnie od wyniku postępowania spadkowego.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Osoba uprawniona może wnioskować o wypłatę pieniędzy, wysyłając skany potrzebnych dokumentów na adres: bok@allianz.pl.



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (SNW/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (SNW/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jaką są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Nieszcześnie Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony umiera wskutek Nieszcześnie Wypadku; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszcześnie Wypadku** – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszcześnie Wypadku, która następuje w ciągu 180 dni od tego wypadku
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która

wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu

9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszcześnie Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. W razie Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszcześnie Wypadku wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo zaprzestaje go uprawiać oraz
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
4. Jeśli śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszcześnie Wypadku jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu jego śmierci. Jeśli taka śmierć Ubezpieczonego następuje po zakończeniu Umowy Dodatkowej, w czasie której miał miejsce Nieszczęśliwy Wypadek, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązywała w ostatnim dniu tej umowy.
2. Pieniądze wypłacamy osobom, które są uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci tego Ubezpieczonego zgodnie z OWU albo Ogólnymi warunkami umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie, chyba że Ubezpieczony ten wskazał inne osoby.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej wniosek o wypłatę,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, wskutek którego następuje śmierć Ubezpieczonego, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony - chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Śmierć wskutek NW komunikacyjnego

Podstawowa korzyść

Wskazany przez Ciebie osobom wypłacimy dodatkową kwotę, która powiększy wypłatę z ubezpieczenia na życie.

Warto wiedzieć

Wypadek komunikacyjny to wypadek, któremu uległ kierujący pojazdem drogowym (takim jak np.: samochód, rower czy motocykl), pasażer m.in. samochodu, samolotu, pociągu i statku lub pieszy.

Zwróć uwagę

Pieniądze z ubezpieczenia na życie wypłacimy uprawnionym do tego osobom – niezależnie od wyniku postępowania spadkowego.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Osoba uprawniona może wnioskować o wypłatę pieniędzy, wysyłając skany potrzebnych dokumentów na adres: bok@allianz.pl.



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (SWK/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (SWK/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Nieszcześliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony umiera wskutek Wypadku Komunikacyjnego; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego** – śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego, która następuje w ciągu 180 dni od tego wypadku
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
8. **Wypadek Komunikacyjny** – Nieszcześliwy Wypadek, który powstał w ruchu drogowym, powietrznym albo wodnym i któremu uległ Ubezpieczony, jako:
 - a) pieszy,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego albo pasażerskiego statku wodnego,

- c) pasażer albo kierujący pojazdem silnikowym (w rozumieniu ustawy – Prawo o ruchu drogowym), rowerem, motorowerem albo zaprzęgiem konnym,
- d) kierujący pojazdem szynowym

9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Wypadku Komunikacyjnego, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego, wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
4. Jeśli śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACIMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu jego śmierci. Jeśli taka śmierć Ubezpieczonego

następuje po zakończeniu Umowy Dodatkowej, w czasie której miał miejsce Wypadek Komunikacyjny, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązywała w ostatnim dniu tej umowy.

2. Pieniądże wypłacamy osobom, które są uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci tego Ubezpieczonego zgodnie z OWU albo Ogólnymi warunkami umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie, chyba że Ubezpieczony ten wskazał inne osoby.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby, która składa wniosek o wypłatę,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Wypadku Komunikacyjnego,
- d) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Wypadek Komunikacyjny, wskutek którego następuje śmierć Ubezpieczonego, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony - chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego,
- e) w związku z udziałem Ubezpieczonego w następujących zajęciach: kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, żeglarstwo morskie lub oceaniczne.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Kalectwo po NW

Co zyskujesz?

Wyplacimy Ci pieniądze w razie wystąpienia ponad 40 poważnych skutków wypadków, takich jak: złamania kości, oparzenia oraz uszkodzenia najważniejszych narzędzi wewnętrznych.

Warto wiedzieć

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, która może wynosić 1 000 000 zł.

Zwróć uwagę

Każda wypłata to określony procent sumy ubezpieczenia, który znajdziesz w tabeli zamieszczonej w warunkach ubezpieczenia.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KNW/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 6 ust. 2–6 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KNW/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – uszkodzenie ciała Ubezpieczonego:
 - a) na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który ma miejsce w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej i
 - b) które powstało nie później niż w 180. dniu od tego wypadku.Uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, które są objęte ubezpieczeniem znajdziesz w tym dokumencie – w tabeli kalectwa
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarsstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
3. W razie Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – zgodnie z tabelą kalectwa.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Pałisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje oraz
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochroną ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.

4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
5. Jeśli Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Jeśli wystąpi Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni, zgodny z tabelą kalectwa, procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Łączna kwota wypłat nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, także wtedy gdy:
 - a) Ubezpieczony doznaje więcej niż jednego Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - b) Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi.

Pozycja	Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
1	Obustronna utrata wzroku rozumiana jako ostrość widzenia [V] = 0,0 po korekcji dla prawego i lewego oka	100 %
2	Utrata jednego oka lub całkowita utrata widzenia jednym okiem rozumiana jako ostrość widzenia [V] = 0,0 po korekcji	50 %
3	Utrata słuchu w jednym uchu (rozpoznawana, gdy średni próg słyszalności dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz jest wyższy niż 70 dB dla danego ucha)	50 %
4	Pourazowa encefalopatia powodująca niezdolność do samodzielnej egzystencji, z koniecznością stałej opieki osób trzecich	100 %
5	Pozostałe przypadki encefalopatii pourazowej	75 %
6	Utrata kończyny górnej na wysokości stawu barkowego	75 %
7	Utrata dłoni na wysokości stawu promieniowo-nadgarstkowego	55 %
8	Unieruchomienie stawu barkowego	40 %
9	Unieruchomienie stawu łokciowego	30 %
10	Utrata co najmniej trzech palców jednej dłoni (bez kciuka), w tym co najmniej jednego poniżej stawu międzypaliczkowego dalszego	30%
11	Amputacja kciuka pomiędzy stawem międzypaliczkowym a dłonią	10%
12	Utrata kończyny dolnej na wysokości stawu biodrowego	75%
13	Utrata stopy pomiędzy stawem śródstopno-palcowym a stawem skokowym	40%
14	Unieruchomienie stawu biodrowego	40%

3. W przypadku różnych oparzeń, które są skutkiem tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy pieniądze z jednej pozycji tabeli kalectwa – tej, która przewiduje najwyższy procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. Za wszystkie złamania, które są skutkiem tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy pieniądze z jednej pozycji tabeli kalectwa – tej, która przewiduje najwyższy procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
5. Jeśli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczony dozna wielu uszkodzeń w obrębie tej samej kończyny, to wypłata za te uszkodzenia nie może być wyższa od kwoty, którą zgodnie z tabelą kalectwa wypłacilibyśmy za utratę tej kończyny.
6. Jeśli w jednej pozycji tabeli kalectwa wymieniamy więcej niż jedno Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i są one skutkiem tego samego wypadku, to wypłacamy pieniądze tylko za jedno z nich.

Tabela kalectwa

Pojęcia, których używamy w tabeli kalectwa, oznaczają:

- a) **encefalopatia pourazowa** – narastający zespół psycho-organiczny, który występuje po przebytych, udokumentowanych urazach głowy, oraz zmiany w układzie nerwowym, które są potwierdzone badaniami neurologa lub odchyleniami w jednym z następujących badań: tomografii komputerowej mózgu, rezonansie magnetycznym mózgu, encefalogramie, testach psychologicznych,
- b) **oparzenie** – uszkodzenie powierzchni ciała na skutek działania wysokiej temperatury lub czynnika chemicznego,
- c) **unieruchomienie stawu** – deficyt ruchomości globalnej stawu biodrowego, barkowego, kolanowego i łokciowego większy niż 50% normy ruchomości stawu przyjętej w medycynie,
- d) **TBSA** (ang. total body surface area) – całkowita powierzchnia ciała,
- e) **utrata** – amputacja lub całkowita i trwała utrata funkcji organu.

Pozycja	Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
15	Unieruchomienie stawu kolanowego	30%
16	Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm	10%
17	Pourazowy krwotok mózgowy lub uraz mózgu lub rdzenia kręgowego	60%
18	Uszkodzenie serca lub tętnicy głównej (aorty) wymagające operacyjnego leczenia chirurgicznego	30%
19	Uszkodzenie co najmniej jednego narządu jamy brzusznej (z wyłączeniem narządów układu moczowo-płciowego) leczone operacyjnie	15%
20	Uszkodzenie co najmniej jednego narządu układu moczowo-płciowego leczone operacyjnie z wyłączeniem zabiegów wykonywanych technikami endoskopowymi z dostępu przez cewkę moczową	15%
21	Uszkodzenie co najmniej jednego płuca lub optucnej leczone operacyjnie z wyłączeniem uszkodzenia wymagającego jedynie drenażu optucnej	15%
22	Złamanie co najmniej jednej kości czaszki, z wyłączeniem złamania tylko w obrębie kości twarzoczaszki	15%
23	Złamanie co najmniej jednej kości twarzoczaszki, z wyłączeniem złamania tylko w obrębie łęcznej kości nosa i zębów	10%
24	Złamanie topatki	5%
25	Złamanie obojczyka	5%
26	Złamanie kości ramiennej, z wyłączeniem kości stawu łokciowego	3%
27	Złamanie kości w obrębie stawu łokciowego lub złamanie kości przedramienia, z wyłączeniem złamania tylko w obrębie kości nadgarstka	3%
28	Złamanie mostka, z wyłączeniem skutków reanimacji	5%

Pozycja	Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
29	Złamanie kości miednicy	10%
30	Złamanie w obrębie kości stawu biodrowego	10%
31	Złamanie kości udowej, z wyłączeniem części kości udowej będącej elementem stawu biodrowego lub stawu kolanowego	5%
32	Złamanie kości podudzia, z wyłączeniem części kości podudzia będących elementem stawu kolanowego	3%
33	Złamanie w obrębie kości tworzących staw kolanowy	3%
34	Złamanie kości krzyżowej lub ogonowej kręgosłupa	5%
35	Złamanie co najmniej jednego trzonu kręgu bez porażenia, z wyłączeniem kości krzyżowej lub ogonowej	5%
36	Oparzenie II stopnia od 5% do 15% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	5%

Pozycja	Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
37	Oparzenie II stopnia powyżej 15% i nie więcej niż 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	15%
38	Oparzenie II stopnia powyżej 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	30%
39	Oparzenie III stopnia do 5% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	5%
40	Oparzenie III stopnia powyżej 5% i nie więcej niż 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	30%
41	Oparzenie III stopnia powyżej 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	60%
42	Oparzenie IV stopnia powyżej 1% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	60%
43	Uszkodzenie organizmu, które nie jest wymienione w tej tabeli	0%

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Kalectwie wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz:

- wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- dokumentacji medycznej z leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego, karty historii choroby,
- dokumentów, które potwierdzają Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który powoduje uszkodzenie ciała Ubezpieczonego, został spowodowany lub miał miejsce:

- w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po NW

Co zyskujesz?

- Wypłacimy Ci pieniądze w razie uszczerbków na zdrowiu spowodowanych wypadkiem – najczęstsze z nich to: złamania, skręcenia, oparzenia, blizny.
- Zapewnimy Ci również zwrot wydatków na rehabilitację.

Warto wiedzieć

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, która może wynosić 200 000 zł (dotyczy osób dorosłych) i 100 000 zł (dotyczy dzieci).

Zwróć uwagę

- Za uszczerbek na zdrowiu wypłacimy określony procent sumy ubezpieczenia, który znajdziesz w tabeli zamieszczonej w warunkach ubezpieczenia.
- Za rehabilitację możesz otrzymać do 15% tej sumy.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU I REHABILITACJI PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (UR/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-3 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 4 Art. 6 ust. 3 Art. 9 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU I REHABILITACJI PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (UR/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakimi są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Rehabilitacji** – koszty procesu leczniczego, w tym koszty zaopatrzenia ortopedycznego Ubezpieczonego (z wyłączeniem kosztów protez ortopedycznych), które zostały poniesione w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem, w ciągu 24 miesięcy od tego wypadku. Leczenie musi być niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz:
 - a) ma na celu uzyskanie przez Ubezpieczonego optymalnego poziomu funkcjonowania utraconych lub zaburzonych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku czynności uszkodzonego narządu lub narządów,
 - b) jest prowadzone na terenie Polski i pod kontrolą lekarza,
 - c) jest realizowane metodami kinezyterapii i fizykoterapiiKoszty badań, które wykonuje Ubezpieczony, nie są Kosztami Rehabilitacji.
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której:
 - a) obliczamy, jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, oraz
 - b) ustalamy maksymalną kwotę zwrotu w przypadku poniesienia Kosztów Rehabilitacji.Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia

6. **Tabela Procentowego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (Tabela)** – dokument, który zawiera listę Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu objętych ubezpieczeniem wraz z przypisanymi im procentami uszczerbku
7. **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu** – utrwalone dolegliwości, które zmniejszają sprawność poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu lub zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń budowy, które:
 - a) są następstwem Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) powstają w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku
8. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej albo w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
9. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
10. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarsstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
11. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego oraz
 - b) zwrot Kosztów Rehabilitacji Ubezpieczonego – do 15% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli Ubezpieczony dozna Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, to wypłacamy odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – zgodnie z Tabelą.
4. Ubezpieczenie nie obejmuje Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu o charakterze nawykowym, zmęczeniuowym lub wysiłkowym w ob-szarze układu mięśniowo-szkieletowego, który to uszczerbek jest potwierdzony w dokumentacji medycznej, ani Kosztów Rehabilitacji, które są związane z takim uszczerbkiem.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.

2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu,
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
5. Jeśli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu lub Nieszczęśliwy Wypadek, który powoduje konieczność poniesienia Kosztów Rehabilitacji, są skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY ZA TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU ORAZ KOMU I ILE PIENIĘDZY ZWRACAMY ZA KOSZTY REHABILITACJI (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W przypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego wypłacamy mu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Kwotę wypłaty obliczamy, mnożąc:
 - a) Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej z dnia Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) procent uszczerbku wskazany w Tabeli dla danego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.
2. Jeśli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku u Ubezpieczonego powstaje więcej niż jeden Trwały Uszczerbek na Zdrowiu, to sumujemy wypłaty za te uszczerbki.
3. Maksymalna kwota wypłaty tego samego Nieszczęśliwego Wypadku to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. W razie utraty lub uszkodzenia narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem przed Nieszczęśliwym Wypadkiem na skutek innego urazu, choroby lub wady wrodzonej, to stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określamy jako różnicę pomiędzy:
 - a) aktualnym stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu po Nieszczęśliwym Wypadku a
 - b) stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu przed tym wypadkiem.Jeżeli nie jest możliwe określenie, w jakim stopniu funkcje narządu albo układu były naruszone przed Nieszczęśliwym Wypadkiem, to przyjmujemy, że wcześniejszy trwały uszczerbek nie istniał.
5. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu dotyczy narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu, za który wypłaciliśmy pieniądze, to stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określamy jako różnicę pomiędzy:
 - a) stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu po Nieszczęśliwym Wypadku a
 - b) stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, za który wypłaciliśmy pieniądze.

6. Oceny Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego dokonują nasi upoważnieni pracownicy lub wskazani przez nas lekarze.
7. Stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu powinien być ustalony:
 - a) po zakończeniu leczenia, w tym zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego,
 - b) nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od dnia Nieszczęśliwego Wypadku i nie później niż po 24 miesiącach od tego wypadku; późniejsza zmiana stopnia Uszczerbku na Zdrowiu nie powoduje zmiany wysokości wypłaty za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu.
8. Jeżeli zgodnie z opinią wskazanego przez nas lekarza okres leczenia będzie dłuższy niż 12 miesięcy, to po upływie 6 miesięcy Ubezpieczony może złożyć wniosek o wcześniejszą wypłatę bezspornej części świadczenia za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu, która zgodnie z naszymi przewidywaniami będzie przysługiwać po zakończeniu leczenia. Wysokość tej części świadczenia określamy na podstawie:
 - a) dokumentów, które przedstawia Ubezpieczony, oraz
 - b) ustaleń wskazanego przez nas lekarza.
9. Zwracamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Rehabilitacji, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu, to 15% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.
10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacamy w złotych polskich. Jeśli Koszty Rehabilitacji zostały poniesione w walucie obcej, kwoty z rachunków przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Trwałym Uszczerbku na Zdrowiu lub o poniesieniu Kosztów Rehabilitacji oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) dokumentów, które potwierdzają Trwały Uszczerbek na Zdrowiu – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego,
- e) dokumentacji medycznej z leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego, karty historii choroby,
- f) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Rehabilitacji; faktura lub rachunek musi zawierać wskazanie osoby, która poddała się rehabilitacji.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub poniósł Koszty Rehabilitacji, został spowodowany albo miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

TABELA PROCENTOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (TPU/TZ/3/2022)

Tabelę stosujemy do Umowy dodatkowej w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku.

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
A UKŁAD NERWOWY			
1	Porażenia i niedowłady po urazach wewnątrzczaszkowych		
	001	Porażenie lub głęboki niedowład połowiczny, porażenie lub głęboki niedowład obu kończyn dolnych, uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0°-2° wg Lovetta)	100%
	002	Umiarkowany niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (3° wg Lovetta)	60%
	003	Niewielki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (4° wg Lovetta)	30%
	004	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 0°	50%
	005	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 1°-2°	35%
	006	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 3°-4°	25%
	007	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 0°	40%
	008	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 1°-2°	30%
	009	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 3°-4°	20%
SKALA LOVETTE'A: 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej; 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej; 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej; 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej; 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej; 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej;			
2	Zespoły pozapiramidowe		
	010	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu znacznym	100%
	011	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu umiarkowanym	60%
	012	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu niewielkim	20%
3	Zespoły mózdkowe		
	013	Zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie	100%
	014	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w znacznym stopniu	70%
	015	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w umiarkowanym stopniu	50%
	016	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w niewielkim stopniu	20%
4	Padaczka jako izolowane następstwo urazu		
	017	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z częstymi napadami (powyżej 4 miesięcznie)	50%
	018	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z napadami od 2 do 4 miesięcznie	30%
	019	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z rzadkimi napadami poniżej 2 miesięcznie	10%
Podstawą rozpoznania padaczki są: typowe napady, zmiany w zapisie EEG z cechami charakterystycznymi dla tej choroby, dokumentacja leczenia neurologicznego z badaniami TK/MR. Uwaga: Jeśli rozpoznaniu padaczki towarzyszy encefalopatia, wtedy ocena dokonywana jest wyłącznie według pkt. 5 (pozycje 020-022).			
5	Encefalopatia pourazowa		
	020	Encefalopatia pourazowa ze znacznymi zmianami ośrodkowymi lub dużym deficytem neurologicznym	100%
	021	Encefalopatia pourazowa ze średnimi zmianami ośrodkowymi lub średnim deficytem neurologicznym	50%

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	022	Encefalopatia pourazowa z niewielkimi zmianami ośrodkowymi lub niewielkim deficytem neurologicznym	25%
Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być udokumentowane diagnostyką i leczeniem neurologicznym lub psychiatrycznym, obecnością zmian w EEG, TK/MR mózgu oraz typowymi odchyleniami w wynikach testów psychologicznych.			
6	Inne zespoły pourazowe OUN - po urazach głowy lub ciężkich urazach ciała		
	023	Zaburzenia nerwicowe znacznego stopnia udokumentowane roczną historią choroby z leczenia u psychiatry i potwierdzone badaniem psychiatrycznym zleconym przez nas	20%
	024	Zaburzenia nerwicowe umiarkowanego stopnia udokumentowane roczną historią choroby z leczenia u psychiatry i potwierdzone badaniem psychiatrycznym zleconym przez nas	10%
	025	Zaburzenia nerwicowe lekkiego stopnia udokumentowane sześciomiesięczną historią choroby z leczenia u psychiatry (wskażane badanie orzecznicze psychiatry)	5%
	026	Wstrząśnienie mózgu rozpoznane szpitalnie	2%
	027	Stłuczenie mózgu lub krwotok wewnątrzczaszkowy, bez utrwalonego zespołu neurologicznego, leczone zachowawczo (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/ MR mózgu)	5%
	028	Krwotok wewnątrzczaszkowy leczony operacyjnie, bez utrwalonego zespołu neurologicznego (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/ MR mózgu)	10%
7	Zaburzenia mowy		
	029	Afazja całkowita	100%
	030	Afazja umiarkowanego stopnia	60%
	031	Afazja niewielkiego stopnia	30%
8	Pourazowe zespoły podwzgórzowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność i niedoczynność tarczycy itp.)		
	032	Pourazowe zespoły podwzgórzowe nieznacznie upośledzające czynność organizmu	20%
	033	Pourazowe zespoły podwzgórzowe umiarkowanie upośledzające czynność organizmu	40%
	034	Pourazowe zespoły podwzgórzowe znacznie upośledzające czynność organizmu	60%
9	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej: okoruchowego, błotkowego, odwodzącego		
	035	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z двоjeniem obrazu i opadaniem powieki oraz z zaburzeniami akomodacji	30%
	036	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z двоjeniem obrazu i opadaniem powieki	20%
	037	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z двоjeniem obrazu bez opadania powieki	10%
	038	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z zaburzeniami akomodacji lub innymi zaburzeniami czynności mięśni wewnętrznych oka	5%
Uwaga: w przypadku uszkodzenia części zewnętrznej i wewnętrznej nerwu okoruchowego oba uszczerbki podlegają sumowaniu, ale łączna wartość nie może przekroczyć 40%.			
10	Uszkodzenie całkowite nerwu trójdzielnego		
	039	Uszkodzenie całkowite nerwu trójdzielnego – za jedną gałąź	5%
11	Uszkodzenie obwodowe całkowite nerwu twarzowego		
	040	Uszkodzenie obwodowe całkowite nerwu twarzowego	20%
12	Uszkodzenie całkowite nerwu językowo-gardłowego i błędnego		
	041	Uszkodzenie całkowite nerwu językowo-gardłowego i błędnego (oba nerwy) – z zaburzeniami mowy, połykania, oddechu oraz zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego	40%
13	Uszkodzenie całkowite nerwu dodatkowego lub podjęzykowego		
	042	Uszkodzenie całkowite nerwu dodatkowego	10%
	043	Uszkodzenie całkowite nerwu podjęzykowego	20%
14	Izolowane całkowite uszkodzenia nerwów obwodowych		
	044	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	15%
	045	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu piersiowego długiego	15%
	046	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pachowego	20%
	047	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu mięśniowo-skórnego	20%

048	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego powyżej odejścia gałęzi do mięśnia trójkątowego ramienia	30%
049	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego poniżej odejścia gałęzi do mięśnia trójkątowego ramienia	20%
050	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	15%
051	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	10%
052	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pośrodkowego w obrębie ramienia	30%
053	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pośrodkowego w obrębie nadgarstka	15%
054	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu łokciowego	20%
055	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	25%
056	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	40%
057	Izolowane całkowite uszkodzenie pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	10%
058	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu zastonowego	15%
059	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu udowego	30%
060	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwów pośladkowych	20%
061	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu sromowego wspólnego	20%
062	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	40%
063	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu piszczelowego	30%
064	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu strzałkowego	20%
065	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu lędźwiowo-krzyżowego	60%
066	Izolowane całkowite uszkodzenie pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	10%

Uwaga: w przypadku częściowego uszkodzenia nerwów, oceny z pozycji 039-066 odpowiadają połowie wartości przewidzianej za całkowite uszkodzenie nerwu.

B GŁOWA

15 Uszkodzenia powłok czaszki

067	Oskalpowanie – od 20% do 50% skóry owłosionej	20%
068	Oskalpowanie – powyżej 50% skóry owłosionej	30%

Uwaga: według pozycji 067-068 oceniane są ubytki nieuzupełnione trwale owłosieniem.

16 Złamania kości czaszki

069	Złamania kości czaszki – w obrębie sklepienia czaszki	5%
070	Złamania kości czaszki – w obrębie podstawy czaszki	10%

17 Pourazowe ubytki kości czaszki

071	Pourazowy ubytek kości czaszki – poniżej 10 cm ²	5%
072	Pourazowy ubytek kości czaszki – od 10 do 40 cm ²	10%
073	Pourazowy ubytek kości czaszki – powyżej 40 cm ²	20%

Uwaga: w przypadkach urazów obejmujących uszkodzenia zarówno powłoki czaszki, jak i kości sklepienia i podstawy czaszki, następstwa poszczególnych obrażeń podlegają sumowaniu. łączna suma uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 40%.

18 Powiktania po urazach głowy

074	Nawracający płynotok, ropowica powłok czaszki, przewlekłe zapalenie kości, przepuklina mózgowa – leczone operacyjnie	10%

C TWARZ

19 Powłoki twarzy

075	Oszpeczenie – bez zaburzeń funkcji – blizny poniżej 5 cm, z wyłączeniem blizn po oparzeniach	5%
076	Oszpeczenie – bez zaburzeń funkcji – blizny od 5 cm, z wyłączeniem blizn po oparzeniach	10%
077	Oszpeczenie z zaburzeniami funkcji jak ślinotok, zaburzenia przyjmowania pokarmów, mowy, oddychania, czynności powiek – dodatkowo za każde zaburzenie	10%

20 Nos

078	Złamanie kości nosa niewymagające repozycji	1%

079	Złamanie kości nosa wymagające repozycji lub zniekształcenie pourazowe nosa – bez zaburzeń powonienia i oddychania	3%
080	Uszkodzenie/złamanie nosa – z utrwalonymi zaburzeniami powonienia lub oddychania potwierdzonymi dokumentacją leczenia specjalistycznego przez 6 miesięcy	10%
081	Uszkodzenie/złamanie nosa – z utrwalonymi zaburzeniami powonienia i oddychania potwierdzonymi dokumentacją leczenia specjalistycznego przez 6 miesięcy	20%
082	Utrata nosa w całości – łącznie z kośćmi nosa	30%

Uwaga: zaburzenia powonienia lub oddychania z pozycji 078- 081 powinny zostać udokumentowane badaniami dodatkowymi i konsultacjami specjalistycznymi.

21	Zęby	
083	Utrata częściowa, złamanie lub pourazowe rozchwianie siekaczy lub kłów – za każdy ząb	0,50%
084	Utrata częściowa, złamanie lub pourazowe rozchwianie pozostałych zębów – za każdy ząb	0,25%
085	Utrata całej korony lub całego zęba (dot. siekaczy lub kłów) – za każdy ząb	1,50%
086	Utrata całej korony lub całego zęba (dot. zębów innych niż siekacze i kły) – za każdy ząb	1%

22	Uszkodzenia kości: oczodołu, jarzmowej, szczęki, żuchwy, zatoki, stawu skroniowo-żuchwowego	
087	Wygojone bez przemieszczeń	2%
088	Wygojone z niewielkim przemieszczeniem	4%
089	Wygojone ze średnim przemieszczeniem, asymetrią zgryzu, upośledzeniem otwierania jamy ustnej i niewielkim upośledzeniem żucia	12%
090	Wygojone z dużym przemieszczeniem, asymetrią zgryzu, upośledzeniem otwierania jamy ustnej i znacznym upośledzeniem	25%
091	Utrata częściowa szczęki lub żuchwy z utratą zębów, asymetrią zgryzu, znacznym zaburzeniem otwierania jamy ustnej i upośledzeniem odżywiania	35%
092	Utrata całkowita: szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów)	50%

23	Język, podniebienie, przedsionek jamy ustnej, wargi	
093	Ubytek powyżej 2 cm ² – bez zaburzeń mowy i połykania	2%
094	Ubytek z zaburzeniami mowy i połykania	15%
095	Ubytek z zaburzeniami mowy i połykania oraz zaburzeniami odżywiania	35%
096	Całkowita utrata języka	50%

D NARZĄD WZROKU

24

Upośledzenie ostrości wzroku, utrata widzenia w jednym lub w obojgu oczach

097

Upośledzenie ostrości wzroku, utrata widzenia w jednym lub w obojgu oczach – tabela ostrości wzroku

Oko prawe Oko lewe	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0
1,0	0%	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%
0,9	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%
0,8	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
0,7	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
0,6	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%
0,5	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
0,4	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
0,3	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
0,2	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%
0,1	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%
0	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%

Uwaga: ostrość wzroku należy ocenić po korekcji szklami zarówno w przypadku zmętnienia rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzeń siatkówki lub nerwu wzrokowego. Dwojenie wymagające podczas pracy zastąpienia jednego oka odpowiada całkowitej utracie widzenia w jednym oku.

25	Porażenie nastawności (akomodacji)	
098	Porażenie nastawności (akomodacji) bez zaburzeń ostrości wzroku po zastosowaniu szkieł korekcyjnych jednego oka	15%

26	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drążących, chemicznych, termicznych, elektrycznych lub wskutek nagłego działania pola elektromagnetycznego – bez upośledzenia ostrości wzroku				
	099	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – blizny rogówki		1%	
	100	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – nieusunięte ciało obce oczodołu		5%	
	101	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe		10%	
27	Pourazowe zwężenie pola widzenia				
	102	Tabela oceny zwężenia pola widzenia			
		Zwężenie do stopni	przy nienaruszonym drugim oku	w obojgu oczach	przy całkowitej utracie widzenia w drugim oku
		60	0%	0%	35%
		50	5%	10%	45%
		40	10%	20%	55%
		30	15%	40%	65%
		20	20%	60%	75%
		10	25%	75%	85%
		poniżej 10	35%	90%	100%
28	Niedowidzenia połowiczne				
	103	Niedowidzenia połowiczne – dwuskroniowe		60%	
	104	Niedowidzenia połowiczne – dwunosowe		30%	
	105	Niedowidzenia połowiczne – jednoimienne górne		10%	
	106	Niedowidzenia połowiczne – jednoimienne dolne		30%	
	107	Inne jednooczne ubytki pola widzenia		5%	
29	Pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość – bez zaburzeń ostrości wzroku po korekcji				
	108	Pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość – jednego oka – bez zaburzeń ostrości wzroku po korekcji		15%	
30	Zaburzenia drożności przewodów łzowych				
	109	Zaburzenia drożności przewodów łzowych w jednym oku		8%	
31	Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek				
	110	Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek – niewielkie zmiany		3%	
	111	Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek – duże zmiany – udokumentowane co najmniej 6-miesięcznym leczeniem okulistycznym		8%	
32	112	Zaćma pourazowa, pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość, jaskra pourazowa, odwarstwienie siatkówki pourazowe – z zaburzeniami ostrości wzroku i pola widzenia		Ocena wg tabel ostrości wzroku i pola widzenia	
33	Utrata gałki ocznej				
	113	Jednego oka (wartość uszczerbku obejmuje utratę widzenia wg tabeli z pozycji 097)		38%	
	114	Obojga oczu		100%	
Uwaga: suma uszczerbków w zakresie jednego oka nie może przekroczyć 38%.					
E	NARZĄD SŁUCHU i RÓWNOWAGI				
34	Uszkodzenia małżowin usznych				
	115	Zniekształcenie małżowiny usznej		5%	
	116	Utrata całkowita jednej małżowiny		15%	
	117	Utrata obu małżowin		30%	
35	Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego				
	118	Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego – jednostronne		4%	
	119	Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego – obustronne		8%	
	120	Powikłania po przewlekłym ropnym zapaleniu ucha środkowego: perlak, polip, zmiany kostne – dodatkowo		6%	

36	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, szumy uszne				
121	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, szumy uszne – bez upośledzenia słuchu			3%	
37	Uszkodzenie ucha wewnętrznego				
122	Uszkodzenie części słuchowej ucha wewnętrznego			Ocena wg tabeli upośledzenia słuchu	
123	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – niewielkie zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi			10%	
124	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – umiarkowanie nasilone zawroty głowy, nudności, wymioty, zaburzenia równowagi			20%	
125	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – znaczne zawroty głowy z zaburzeniami równowagi utrudniającymi chodzenie, nudności, wymioty			40%	
38	126	Upośledzenie słuchu na skutek: ostrego urazu akustycznego, złamań kości w obrębie ucha środkowego, mechanicznych uszkodzeń nerwu słuchowego, ciężkich urazów głowy, upośledzenia drożności zewnętrznego przewodu słuchowego – ocena na podstawie audiogramu			
Tabela upośledzenia słuchu					
		ucho prawe			
ucho lewe		0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	powyżej 70 dB
	0 – 25 dB	0%	5%	10%	20%
	26 – 40 dB	5%	15%	20%	30%
	41 – 70 dB	10%	20%	30%	40%
	powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%
Uwaga: przy ocenie uszczerbku oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeśli różnica pomiędzy wartościami 500 Hz i 2000 Hz przekracza 40 dB, ubytek słuchu oblicza się ze średniej z 4 progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz.					
F	SZYJA, GARDŁO, KRTAŃ, TCHAWICA, PRZĘŁYK				
39	Uszkodzenie szyi				
127	Uszkodzenie tkanek miękkich szyi z umiarkowanym ograniczeniem ruchomości szyi i głowy			10%	
128	Uszkodzenie tkanek miękkich szyi ze znacznym ograniczeniem ruchomości i przymusowym ustawieniem głowy			25%	
40	Uszkodzenie gardła				
129	Uszkodzenia gardła z niewielkim upośledzeniem funkcji			5%	
130	Uszkodzenia gardła ze znacznym upośledzeniem funkcji			15%	
41	Uszkodzenie krtani				
131	Uszkodzenie krtani – niewielkie zwężenie, przewlekła chrypka			10%	
132	Zwężenie krtani – ze świstem krtaniowym, dusznością wysiłkową			20%	
133	Zwężenie krtani – z koniecznością stosowania rurki dotchawiczej i zaburzeniem głosu			40%	
134	Zwężenie krtani – z koniecznością stosowania rurki dotchawiczej i bezgłosem			60%	
Uwaga: uszkodzenie krtani powinno być potwierdzone w dokumentacji z leczenia laryngologicznego zawierającej opisy zmian w badaniach obrazowych lub endoskopowych.					
42	Uszkodzenie tchawicy				
135	Uszkodzenie tchawicy – z niewielkim zwężeniem, bez duszności			5%	
136	Uszkodzenie tchawicy – ze zwężeniem i dusznością wysiłkową			20%	
137	Uszkodzenie tchawicy – ze znacznym zwężeniem i dusznością spoczynkową			60%	
Uwaga: uszkodzenie tchawicy powinno być potwierdzone w dokumentacji z leczenia laryngologicznego zawierającej opisy zmian w badaniach obrazowych lub endoskopowych.					
43	Uszkodzenie przełyku				
138	Uszkodzenie przełyku – ze zwężeniem, bez zaburzeń funkcji			5%	
139	Zwężenie przełyku – z zaburzeniami połykania, bez upośledzenia stanu odżywienia			10%	
140	Zwężenie przełyku – z zaburzeniami połykania i upośledzeniem stanu odżywienia			30%	
141	Niedrożność całkowita przełyku – stała przetoka żołądkowa			80%	
Uwaga: przy ocenie skutków urazu przełyku niezbędna jest dokumentacja z leczenia specjalistycznego zawierająca wyniki badań obrazowych i endoskopowych.					

G	KLATKA PIERSIOWA		
44	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu		
142	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu niewielkim	10%	
143	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu umiarkowanym	20%	
144	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu znacznym	40%	
45	Utrata całkowita brodawki sutkowej lub sutka		
145	Całkowita utrata brodawki sutkowej u mężczyzny	5%	
146	Całkowita utrata brodawki sutkowej u kobiety	10%	
147	Całkowita utrata jednego sutka u mężczyzny	20%	
148	Całkowita utrata jednego sutka u kobiety	25%	
Uwaga: w przypadku częściowej utraty brodawki sutkowej lub sutka oceny dokonuje się przy zastosowaniu pkt. 45 oraz pozycji 145-148 adekwatnych dla całkowitej utraty brodawki i sutka, przy czym wartość uszczerbku odpowiada połowie wartości przewidzianej za całkowitą utratę.			
46	Złamanie żeber i mostka		
149	Złamanie jednego żebra – za każde żebro	1%	
150	Złamanie wielu żeber – ze zniekształceniami i trwałym zmniejszeniem wydolności oddechowej w stopniu umiarkowanym lub znacznym potwierdzonym co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną	25%	
151	Złamanie mostka – bez zniekształceń	3%	
152	Złamanie mostka wygojone ze znacznym zniekształceniem	8%	
153	Powikłania po złamaniu żeber lub mostka: przewlekłe zapalenie kości z obecnością przetok – dodatkowo	10%	
Uwaga: złamanie żeber i mostka powinno być potwierdzone badaniem radiologicznym.			
47	Pourazowe przepukliny przeponowe		
154	Pourazowe przepukliny przeponowe – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%	
155	Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przełyku lub żołądka	10%	
156	Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i zaburzeniami oddychania potwierdzonymi co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną	20%	
157	Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i zaburzeniami oddychania potwierdzonymi co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną oraz zaburzeniami krążenia (ocena wg klasyfikacji NYHA)	40%	
48	Uszkodzenie płuca i opłucnej		
158	Uszkodzenie płuc, opłucnej – bez zmniejszenia wydolności oddechowej	5%	
159	Uszkodzenie płuc, opłucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej niewielkiego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC = 70-80% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy	10%	
160	Uszkodzenie płuc, opłucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej średniego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC = 50-70% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy	20%	
161	Uszkodzenie płuc, opłucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej znacznego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC < 50% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy	40%	
162	Uszkodzenie płuc, opłucnej – powikłanie przetokami oskrzelowymi lub ropniami płuc – dodatkowo	15%	
49	Uszkodzenia serca i osierdzia		
163	Uszkodzenie serca, osierdzia – z wydolnym układem krążenia	10%	
164	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami wyrównanej niewydolności układu krążenia (I° – wg NYHA, EF > 50%, niewielkie zaburzenia kurczliwości)	15%	
165	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (II° – wg NYHA, EF 46-50%)	30%	
166	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (III° – wg NYHA, EF 35-45%)	50%	
167	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (IV° – wg NYHA, EF <35%)	80%	

Klasyfikacja NYHA – do oceny stanu czynnościowego serca

Klasa I: choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca ani bólów wieńcowych
Klasa II: choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe

Klasa III: choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe

Klasa IV: choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort

EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY: ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca.

Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.

H	JAMA BRZUSZNA	
50	Uszkodzenie powłok jamy brzusznej	
168	Przetoki skórne, przewlekłe powiktania ropne, znaczne ubytki skórne i mięśniowe	10%
51	Uszkodzenia żołądka, jelita, sieci, krezki	
169	Uszkodzenie bez trwałych zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5%
170	Uszkodzenie z niewielkimi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i dostatecznym stanem odżywiania	10%
171	Uszkodzenie z zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i niedożywieniem	30%
172	Uszkodzenie z koniecznością żywienia pozajelitowego	50%
52	Przetoki jelitowe, odbył sztuczny	
173	Czasowe przetoki jelita cienkiego	10%
174	Trwałe przetoki jelita cienkiego powodujące niewielkie zanieczyszczanie się, bez zmian zapalnych skóry wokół przetoki, z dobrym stanem odżywiania	30%
175	Trwałe przetoki jelita cienkiego powodujące znaczne zanieczyszczanie się, ze zmianami zapalnymi skóry wokół przetok lub z niedostatecznym stanem odżywiania	60%
176	Czasowe przetoki jelita grubego	10%
177	Trwałe przetoki jelita grubego powodujące niewielkie zanieczyszczanie się	20%
178	Trwałe przetoki jelita grubego powodujące znaczne zanieczyszczanie się	50%
53	Uszkodzenia odbytnicy, zwieracza odbytu	
179	Pełnościenne uszkodzenie odbytnicy bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
180	Wypadanie błony śluzowej odbytnicy / przetoka okołoodbytnicza	10%
181	Wypadanie całkowite odbytnicy	30%
182	Uszkodzenie zwania odbytu niepowodujące nietrzymania gazów i stolca (blizny, zwężenie)	15%
183	Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące trwałe nietrzymanie gazów i stolca	50%
54	Uszkodzenia wątroby, pęcherzyka i przewodów żółciowych	
184	Uszkodzenie – bez trwałych zaburzeń funkcji – leczone zachowawczo w szpitalu	5%
185	Uszkodzenie z umiarkowanym zaburzeniem funkcji wątroby (grupa B w klasyfikacji Childa–Pugha) lub dróg żółciowych	15%
186	Uszkodzenie ze znacznym zaburzeniem funkcji wątroby (grupa C w klasyfikacji Childa–Pugha) lub dróg żółciowych	30%
187	Uszkodzenie – z resekcją części wątroby / dróg żółciowych – bez upośledzenia funkcji wątroby lub dróg żółciowych	10%
188	Uszkodzenie z resekcją części wątroby / dróg żółciowych z upośledzeniem funkcji wątroby lub dróg żółciowych	30%

Klasyfikacja zaburzeń funkcji wątroby wg Childa–Pugha

Badany parametr	Punkty		
	1	2	3
Albumina w surowicy (g/dl)	Powyżej 3,5	3,5-2,8	Poniżej 2,8
Bilirubina w surowicy (mg/dl)	Poniżej 2	2-3	Powyżej 3
Czas protrombinowy (sek. powyżej normy)	Do 4	4-6	Powyżej 6
Wodobrzusze	Brak	+	++
Encefalopatia	Brak	I°-II°	III°-IV°
Suma punktów	5-6	7-9	10-15
Grupa	A	B	C

55	Uszkodzenia trzustki	
189	Uszkodzenie trzustki – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
190	Uszkodzenie trzustki – z częściową resekcją trzustki – bez zaburzeń jej funkcji	10%
191	Uszkodzenie trzustki – z częściową resekcją i umiarkowanymi zaburzeniami funkcji	30%
192	Uszkodzenie trzustki – z całkowitą resekcją i znacznym zaburzeniem funkcji	60%
56	Uszkodzenie śledziony	
193	Pęknięcie śledziony potwierdzone badaniem obrazowym – leczone zachowawczo w szpitalu	4%
194	Pęknięcie śledziony leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	8%
195	Usunięcie uszkodzonej śledziony	15%
57	Uszkodzenia dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy	
196	Uszkodzenia dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy leczone operacyjnie	10%
I	NARZĄDY MOCZOWO-PŁCIOWE	
58	Uszkodzenia nerek	
197	Uszkodzenie jednej nerki – bez trwałego upośledzenia funkcji	5%
198	Uszkodzenie jednej nerki z trwałym upośledzeniem funkcji	10%
199	Uszkodzenie obu nerek z trwałym upośledzeniem funkcji	20%
200	Utrata jednej nerki przy prawidłowo działającej drugiej nerce	30%
201	Utrata jednej nerki z upośledzeniem funkcji drugiej nerki	50%
202	Utrata obu nerek	80%
59	Uszkodzenie moczowodu	
203	Uszkodzenie moczowodu – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
204	Uszkodzenie moczowodu – z trwałymi zaburzeniami funkcji układu moczowego	15%
60	Uszkodzenie pęcherza moczowego	
205	Uszkodzenie pęcherza – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
206	Uszkodzenie pęcherza – z trwałymi zaburzeniami funkcji	15%
61	Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego	
207	Przetoki upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym	25%
208	Przetoki upośledzające jakość życia w stopniu znacznym	50%
62	Zwężenie cewki moczowej	
209	Uszkodzenie cewki moczowej z niewielkimi utrwalonymi zaburzeniami oddawania moczu	10%
210	Uszkodzenie cewki moczowej z utrwalonym nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	20%
211	Uszkodzenie cewki moczowej z utrwalonym nietrzymaniem lub zaleganiem moczu oraz przewlekłym zakażeniem	30%
63	Utrata prącia	
212	Całkowita utrata prącia	40%
213	Częściowa utrata prącia	20%
64	Uszkodzenia jąder	
214	Wodniak pourazowy jądra	5%
215	Utrata jądra	20%
65	Utrata jajnika	
216	Utrata jednego jajnika	20%
66	Uszkodzenie macicy	
217	Utrata częściowa lub znaczne uszkodzenie macicy	15%
218	Utrata całkowita macicy	40%

67	Uszkodzenie krocza, pochwy, worka mosznowego, pośladków	
219	Uszkodzenie krocza, pochwy, worka mosznowego, pośladków – przetrwały zespół bólowy, małe deformacje	2%
220	Uszkodzenia powodujące wypadanie pochwy	10%
221	Uszkodzenie powodujące wypadanie pochwy i macicy	30%
J	KRĘGOSŁUP I RDZEŃ KRĘGOWY	
68	Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego	
222	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa szyjnego – wygojone z niewielką dysfunkcją	3%
223	Złamanie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości do 1/3 normy	5%
224	Złamanie, zwichnięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
225	Złamanie, zwichnięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
226	Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego – wygojone z całkowitym jego zeszczywnieniem i niekorzystnym ustawieniem głowy	40%
Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 40%.		
69	Uszkodzenie kręgosłupa piersiowego	
227	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa piersiowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	2%
228	Złamanie kręgosłupa piersiowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	4%
229	Złamanie, zwichnięcie w obrębie kręgosłupa piersiowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 1/2 normy	8%
230	Uszkodzenie kręgosłupa piersiowego – wygojone z całkowitym jego zeszczywnieniem i zniekształceniami	20%
Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 20%.		
70	Uszkodzenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	
231	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	2%
232	Złamanie w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości do 1/3 normy	5%
233	Złamanie, zwichnięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
234	Złamanie, zwichnięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
235	Uszkodzenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z całkowitym jego zeszczywnieniem, zniekształceniami i niekorzystnym ustawieniem tułowia	40%
Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego nie może przekroczyć 40%.		
71	Izolowane złamanie lub pęknięcie wyrostków ościowych i poprzecznych	
236	Izolowane złamanie lub pęknięcie wyrostków ościowych i poprzecznych za każdy wyrostek	1%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku orzeczanego według pozycji 236 wynosi 5%.		
72	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe	
237	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – bólowe	5%
238	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – bóle, zaburzenia czucia lub zespoły mieszane, osłabienie odruchów – bez niedowładów	8%
239	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych niewielkiego stopnia	15%
240	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych znacznego stopnia	25%
241	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe piersiowe – bólowe	5%
242	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe piersiowe – bóle i zaburzenia czucia	7%
243	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – bólowe	5%
244	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – bóle, zaburzenia czucia lub zespoły mieszane, osłabienie odruchów – bez niedowładów	8%
245	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych niewielkiego stopnia	15%
246	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych znacznego stopnia	25%

247	Bóle guziczne, w tym złamanie kości guzicznej	4%
73	Uszkodzenie rdzenia kręgowego	
248	Porażenie kończyn górnych lub dolnych (0°-1° wg Lovetta) lub głęboki niedowład czterokończynowy (2° wg Lovetta)	100%
249	Głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° wg Lovetta), niedowład czterokończynowy (3° wg Lovetta)	80%
250	Umiarkowany niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° wg Lovetta)	60%
251	Niewielki niedowład kończyn górnych (4° wg Lovetta) lub dolnych (4° wg Lovetta) z zaburzeniami funkcji zwieraczy i narządów płciowych	40%
252	Niewielki niedowład kończyn górnych lub dolnych (4° wg Lovetta)	20%
253	Porażenie lub głęboki niedowład jednej kończyny (0°-2° wg Lovetta), zespół stożka rdzenia	30%
254	Niedowład jednej kończyny górnej (3° wg Lovetta)	20%
255	Niedowład jednej kończyny górnej (4° wg Lovetta)	15%
256	Niedowład jednej kończyny dolnej (3° wg Lovetta)	15%
257	Niedowład jednej kończyny dolnej (4° wg Lovetta)	10%
258	Izolowane porażenie / niedowład pęcherza moczowego i odbytu po uszkodzeniu rdzenia na poziomie S2-S4	15%

Uwaga: jeśli skutki urazu nakładają się na istniejące przed urazem choroby kręgosłupa (zwyrodnienie, dyskopatie, wady kręgosłupa, osteoporoza, inne przewlekłe choroby kręgow), wartość przyznanego uszczerbku zostanie zmniejszona o:

20% – przy zmianach chorobowych na tym samym poziomie kręgosłupa,

40% – przy zmianach chorobowych wielomiejscowych w tym samym odcinku kręgosłupa,

60% – przy zmianach kostnych uogólnionych (np. osteoporoza).

Za pourazową uważa się przepuklinę jądra miążdżystego dokonaną (tzn. z uszkodzeniem pierścienia włóknistego) w następstwie dźwignięcia nadmiernego ciężaru, urazu bezpośredniego lub urazu komunikacyjnego. Taki mechanizm powstania przepukliny musi wynikać zarówno z opisu zdarzenia, jak i z dokumentacji medycznej. Nadmierny ciężar, przy przeciętnej budowie ciała, to: dla kobiet: więcej niż 30 kg, dla mężczyzn: więcej niż 50 kg.

K	KOŃCZYNA GÓRNA	
74	Uszkodzenia łopatki	
259	Złamanie łopatki wygojone – bez istotnych zaburzeń funkcji	5%
260	Złamanie łopatki wygojone z niewielkim upośledzeniem funkcji	8%
261	Złamanie łopatki wygojone z umiarkowanym przemieszczeniem i upośledzeniem funkcji	15%
262	Złamanie łopatki wygojone z dużymi przemieszczeniami i dużym upośledzeniem funkcji	30%
75	Uszkodzenia obojczyka	
263	Złamanie obojczyka wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji	3%
264	Złamanie obojczyka wygojone z niewielkim zaburzeniem ruchomości (do 1/3 normy)	5%
265	Złamanie obojczyka wygojone z umiarkowanym zaburzeniem ruchomości (od 1/3 do 2/3 normy)	10%
266	Złamanie obojczyka wygojone ze znacznym zaburzeniem ruchomości (powyżej 2/3 normy)	15%
267	Staw rzekomy obojczyka – dodatkowo	10%
268	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – niewielkie ograniczenie ruchów	5%
269	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – ze znacznym ograniczeniem ruchów, zdolności dźwigania i zniekształceniem	15%
270	Powikłania po urazie obojczyka: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo	5%
76	Uszkodzenia barku	
271	Skręcenie stawu barkowego – z zespołem bólowym lub dyskretną dysfunkcją	2%
272	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – niewielkie ograniczenie ruchomości (do 1/3 normy)	5%
273	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – średnie ograniczenie ruchomości (1/3-2/3 normy)	10%
274	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – znaczne ograniczenie ruchomości (powyżej 2/3 normy)	15%
275	Całkowite zeszywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo korzystne	30%
276	Całkowite zeszywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo niekorzystne	40%
277	Powikłania po urazie barku: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo	5%

278	Utrata kończyny w barku	75%
279	Utrata kończyny wraz z łopatką	80%
77	Uszkodzenia ramienia	
280	Złamanie trzonu kości ramiennej – wygojone bez przemieszczenia ani zaburzeń funkcji	5%
281	Złamanie kości ramiennej wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	10%
282	Złamanie kości ramiennej wygojone z umiarkowanym przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	15%
283	Złamanie kości ramiennej wygojone ze znacznym przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	20%
284	Powikłania po złamaniu kości ramiennej: przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu – dodatkowo	10%
285	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – z niewielkim upośledzeniem funkcji	5%
286	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – z umiarkowanym upośledzeniem funkcji	8%
287	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – ze znacznym upośledzeniem funkcji	15%
288	Utrata kończyny w obrębie ramienia	70%
78	Uszkodzenia stawu łokciowego	
289	Skręcenie, stłuczenie stawu łokciowego z niewielkim zniekształceniem lub przewlekłym zespołem bólowym	2%
290	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej, zwłknięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości stawu do 1/3 normy	5%
291	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej, zwłknięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
292	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego i głowy kości promieniowej, zwłknięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
293	Całkowite zeszczywnienie stawu łokciowego w wyniku jego złamań	30%
294	Powikłania po złamaniu w stawie łokciowym: przewlekły stan zapalny, przetoki – dodatkowo	5%
295	Utrata kończyny na wysokości stawu łokciowego	65%
79	Uszkodzenia przedramienia	
296	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka do 1/3 normy	5%
297	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
298	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka powyżej 2/3 normy	20%
299	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia z niewielkim zaburzeniem funkcji	5%
300	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia z umiarkowanymi zaburzeniami funkcji	12%
301	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia wygojone z dużymi zaburzeniami funkcji	25%
302	Izolowane uszkodzenie mięśni, ścięgien, naczyń w obrębie przedramienia z upośledzeniem funkcji	10%
303	Powikłania po urazie przedramienia: przewlekły stan zapalny kości, przetoki, ubytek tkanki kostnej, zmiany troficzne, staw rze- komy – dodatkowo	5%
304	Utrata kończyny w obrębie przedramienia	60%
80	Uszkodzenia nadgarstka	
305	Skręcenie, stłuczenie stawu nadgarstkowego z niewielkim zniekształceniem lub przewlekłym zespołem bólowym	2%
306	Złamania, zwłknięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości do 1/3 zakresu normy	5%
307	Złamania, zwłknięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości od 1/3 do 2/3 zakresu normy	10%
308	Złamania, zwłknięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 zakresu normy	20%
309	Całkowite zeszczywnienie w obrębie nadgarstka w wyniku złamań stawu	30%
310	Powikłania po uszkodzeniu nadgarstka: przewlekły stan zapalny kości, przetoki, ubytek tkanki kostnej, zmiany troficzne, ze- spół cieśni nadgarstka – dodatkowo	5%
311	Utrata ręki w nadgarstku	55%

Uwaga: w przypadku współistniejących uszkodzeń nerwów przy ocenie stopnia uszczerbku z pozycji 272-309 dodatkowo uwzględnia się połowę wartości uszczerbku przewidzianej za uszkodzenie nerwów całkowite lub częściowe w pkt. 14.
Maksymalna wartość uszczerbku za uszkodzenia kończyny górnej nie może przekraczać wartości uszczerbku za jej utratę na odpowiedniej wysokości.

81	Uszkodzenia śródreżca, kciuka	
312	Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka z niewielkim upośledzeniem ruchomości palca	3%
313	Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka z umiarkowanym upośledzeniem ruchomości palca	6%
314	Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka ze znacznym upośledzeniem ruchomości palca	10%
315	Złamanie II, III, IV lub V kości śródreżca po wygojeniu: nieprzemieszczone lub bez ograniczenia ruchomości palców	2%
316	Złamanie II, III, IV lub V kości śródreżca po wygojeniu: przemieszczone lub z ograniczeniem ruchomości palców	4%
317	Wykręcenie w stawie śródreżno-paliczkowym lub międzypaliczkowym kciuka z ograniczeniem ruchomości	3%
318	Złamania i zwichnięcia I kości śródreżca – bez przemieszczenia lub ograniczenia ruchomości kciuka	3%
319	Złamania i zwichnięcia I kości śródreżca – z przemieszczeniem utrwalonym lub z ograniczeniem ruchomości kciuka	5%
320	Złamanie jednego paliczka kciuka: nieprzemieszczone, bez zaburzeń ruchomości	3%
321	Złamanie jednego paliczka kciuka: trwale przemieszczone lub z ograniczeniem ruchomości	5%
322	Utrata opuszki kciuka, trwała utrata płytki paznokciowej, powikłania neurologiczne lub naczyniowe	2%
323	Utrata paliczka paznokciowego kciuka	6%
324	Utrata paliczka paznokciowego z 1/3 paliczka podstawowego kciuka	10%
325	Utrata obu paliczków lub bezużyteczność kciuka	20%
326	Utrata obu paliczków kciuka z kością śródreżca	25%
Uwaga: o stopniu zaburzeń czynności kciuka decyduje zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu. Maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia kciuka wynosi 20%.		
82	Uszkodzenia palca wskazującego	
327	Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone bez przemieszczenia i bez trwałych zaburzeń ruchomości – za każdy paliczek	1,5%
328	Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone z przemieszczeniem i trwałym ograniczeniem ruchomości – za każdy paliczek	3%
329	Wykręcenie palca wskazującego – z ograniczeniem ruchomości	2%
330	Utrata opuszki lub płytki paznokciowej palca wskazującego	2%
331	Utrata paliczka palca wskazującego – za każdy paliczek	5%
332	Utrata palca wskazującego z kością śródreżca	20%
333	Niewielkie ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	3%
334	Umiarkowane ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	6%
335	Znaczne ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	10%
336	Powikłania neurologiczne, naczyniowe po uszkodzeniu palca wskazującego – dodatkowo	3%
337	Bezużyteczność palca wskazującego	15%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca wskazującego wynosi 15%.		
83	Uszkodzenia palca III, IV, V	
338	Utrata paliczka palca III, IV, V za każdy paliczek	3%
339	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca	12%
340	Złamanie paliczka palca III, IV, V – za każdy paliczek	2%
341	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z niewielkim ograniczeniem ruchomości palca	1,5%
342	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z umiarkowanym ograniczeniem ruchomości palca	3%
343	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V ze znacznym ograniczeniem ruchomości palca	5%
344	Bezużyteczność palca granicząca z utratą – za każdy palec	10%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca III, IV, V wynosi 10% za każdy palec. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać 55%.		

L	MIEDNICA	
84	Pourazowe utrwalone rozejście się spojenia tonowego lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	
345	Uszkodzenia niewielkiego stopnia – bez zaburzeń chodu	5%
346	Uszkodzenia umiarkowanego stopnia – z zespołem bólowym i niewielkimi zaburzeniami chodu	10%
347	Uszkodzenia znacznego stopnia – ze skróceniem kończyny ponad 3 cm i dużymi zaburzeniami chodu	25%
85	Złamania, zwichnięcia miednicy jedno- lub wielomiejscowe	
348	Złamanie kości tonowej, kulszowej: jednostronne	5%
349	Złamanie w odcinku przednim i tylnym miednicy (typ Malgaigne’a) – bez zaburzeń chodu ani statyki	10%
350	Złamanie w odcinku przednim i tylnym miednicy (typ Malgaigne’a) – z zaburzeniami chodu i statyki	20%
351	Złamanie izolowane – talerz biodrowy, kość biodrowy, guz kulszowy	5%
352	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie I° z niewielkim ograniczeniem funkcji	10%
353	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie II° ze średnim ograniczeniem funkcji	15%
354	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie III° z dużym ograniczeniem funkcji	30%
M	KOŃCZYNA DOLNA	
86	Uszkodzenia biodra	
355	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich do 1/3 zakresu normy	5%
356	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich w zakresie 1/3-2/3 normy	10%
357	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich powyżej 2/3 zakresu normy	30%
358	Całkowite zeszytnienie stawu biodrowego	50%
359	Zwichnięcia, złamanie bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami niewielkiego stopnia (deficyt ruchów do 1/3 zakresu normy, skrócenie kończyny do 2 cm, niewielkie zniekształcenie / przemieszczenie)	10%
360	Zwichnięcia, złamanie bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami średniego stopnia (deficyt ruchów od 1/3 do 2/3 zakresu normy, skrócenie od 2 do 4 cm, umiarkowane zniekształcenie / przemieszczenie)	20%
361	Zwichnięcia, złamanie bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami dużego stopnia (deficyt ruchów powyżej 2/3 zakresu normy, skrócenie powyżej 4 cm, duże przemieszczenie / zniekształcenie, przewlekłe zapalenie kości, przetoki)	40%
362	Następstwa urazów stawu biodrowego leczone protezoplastyką z ograniczeniem ruchomości umiarkowanym	20%
363	Następstwa urazów stawu biodrowego leczone protezoplastyką z ograniczeniem ruchomości znacznym	40%
364	Utrata kończyny dolnej przez wytuszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	80%
87	Uszkodzenia uda	
365	Złamanie kości udowej – z niewielkimi zmianami	7%
366	Złamanie kości udowej – ze skróceniem kończyny od 3 cm do 6 cm, umiarkowanym upośledzeniem chodu	15%
367	Złamanie kości udowej – z ograniczeniem ruchów w stawach sąsiednich – z ciężkimi zmianami, zapaleniem kości, przetokami, skróceniem kończyny ponad 6 cm, znacznym upośledzeniem chodu	30%
368	Utrwalone ubytki kości udowej, stawy rzekome, zapalenie kości, przetoki uniemożliwiające obciążanie kończyny	50%
369	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu niewielkim	2%
370	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu umiarkowanym	5%
371	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu znacznym	10%
372	Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe, zmiany troficzne uda – z trwałymi zaburzeniami funkcji	12%
373	Utrata kończyny na poziomie 1/3 bliższej	70%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia uda wynosi 70%.		
88	Uszkodzenia kolana	
374	Izolowane złamanie lub zwichnięcie rzepki, bez ograniczeń ruchomości stawu	2%
375	Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – małe koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów do 1/3 zakresu normy	5%

376	Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – średnie koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów od 1/3 do 2/3 zakresu normy	10%
377	Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – duże koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów powyżej 2/3 zakresu normy	20%
378	Pełne zeszczytnienie stawu kolanowego w następstwie złamań nasad tworzących staw kolanowy	30%
379	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa I°	5%
380	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa II° lub dwupłaszczyznowa niestabilność I°	10%
381	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa niestabilność II°	15%
382	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność dwupłaszczyznowa III°	20%
383	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność wielopłaszczyznowa II° lub III°	30%
384	Częściowe usunięcie tkanki	2%
385	Całkowite uszkodzenie tkanki	5%
386	Inne skutki urazów stawu kolanowego – nawracające stany zapalne, ropne, troficzne, chondromalacja	1% – 5%
387	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	60%
89	Uszkodzenia podudzia	
388	Złamanie kości podudzia – wygojone bez przemieszczeń ani zniekształceń, z ograniczeniem ruchomości w stopniu niewielkim	5%
389	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, ze skróceniem kończyny do 3 cm, ograniczeniem ruchomości w stopniu umiarkowanym	10%
390	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, ze skróceniem kończyny od 3 cm do 6 cm, z ograniczeniem ruchomości w stopniu znacznym	20%
391	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, zmianami wtórnymi – ze skróceniem kończyny powyżej 6 cm, z dużym upośledzeniem chodu	30%
392	Izolowane złamanie strzałki bez kostki bocznej	3%
393	Zakrzepica żył głębokich wiktająca gojenie urazów podudzia	5%
394	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – z niewielkim ograniczeniem ruchomości stopy	5%
395	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – ze średnim ograniczeniem ruchomości stopy	10%
396	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – ze znacznym ograniczeniem ruchomości stopy	20%
397	Utrata podudzia	50%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia podudzia wynosi 70%.		
90	Uszkodzenia stopy i stawów skokowych	
398	Skręcenie stawu skokowego – z przewlekłym, niewielkim obrzękiem lub dyskretną dysfunkcją	2%
399	Uszkodzenie stawu skokowego w następstwie wykręceń, zwichnięć, złamań kości, zranień, blizn – z niewielkim ograniczeniem ruchomości	5%
400	Uszkodzenie stawu skokowego w następstwie wykręceń, zwichnięć, złamań kości, zranień, blizn – ze średnim ograniczeniem ruchomości	10%
401	Uszkodzenia stawu skokowego w następstwie złamania kości tworzących staw, wykręceń, zwichnięć, zranień, ciał obcych i blizn ze znacznym ograniczeniem ruchomości	20%
402	Powikłania po uszkodzeniu stawu skokowego: zapalenie kości, stawów, przetoki, martwica aseptyczna, zmiany neurologiczne – dodatkowo	5%
403	Złamanie kości piętowej lub skokowej bez przemieszczeń – wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji	3%
404	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – niewielkiego stopnia	5%
405	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – średniego stopnia	10%
406	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – znacznego stopnia	20%
407	Złamanie jednej kości śródstopia – wygojone bez przemieszczeń	3%
408	Złamanie jednej kości śródstopia – wygojone z przemieszczeniami lub zaburzeniami funkcji	5%

409	Inne trwałe zmiany dynamiki stopy (bez stawu skokowego) – w następstwie skręceń, uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń	1-5%
410	Utrata stopy w obrębie kości śródstopia	25%
411	Utrata kości piętowej lub skokowej w całości	30%
412	Utrata stopy w całości	40%

Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia stopy wynosi 40%.

91	Uszkodzenia palców stopy	
413	Złamanie jednego paliczka, utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej palucha	1%
414	Utrata paliczka paznokciowego palucha	3%
415	Utrata całego palucha	7%
416	Utrata palucha wraz z kością śródstopia	15%
417	Inne trwałe zaburzenia funkcji palucha w następstwie uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń	1-6%
418	Trwała utrata płytki paznokciowej palców II-V – za jeden palec	0,5%
419	Złamania, niewielkie trwałe uszkodzenia, częściowa utrata palców od II do V – za jeden palec	1%
420	Znaczne trwałe uszkodzenia i całkowita utrata palców od II do V – za jeden palec	2%
421	Utrata jednego z palców II-V z kością śródstopia – za każdy palec	8%

N	SKÓRA	
92	Blizny	
422	Blizny skóry poniżej 3 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	0,5%
423	Blizny skóry od 3 cm do 4,99 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	1%
424	Blizny skóry od 5 cm do 9,99 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	2%
425	Blizny skóry od 10 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	5%

Uwaga: ocenie podlegają wyłącznie blizny będące bezpośrednim następstwem urazu. Blizny pooperacyjne oceniane są razem ze skutkami urazu w ramach pozycji Tabeli właściwych dla tych następstw.

93	Następstwa oparzeń skóry stopnia I	
426	Następstwa oparzeń skóry w postaci przebarwień powyżej 1% TBSA	2%

94	Następstwa oparzeń skóry od stopnia II	
427	Następstwa oparzeń skóry owłosionej głowy za każdą bliznę powyżej 10 cm ²	5%
428	Następstwa oparzeń skóry twarzy za każdą bliznę powyżej 10 cm ²	10%
429	Następstwa oparzeń skóry szyi za każdą bliznę powyżej 10 cm ²	10%
430	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców do 1% TBSA	5%
431	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców powyżej 1% i nie więcej niż 5% TBSA	10%
432	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców powyżej 5% TBSA	20%
433	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych do 0,5% TBSA	1%
434	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 0,5% i nie więcej niż 1,5% TBSA	3%
435	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 1,5% i nie więcej niż 5% TBSA	10%
436	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 5% TBSA	15%
437	Następstwa oparzeń skóry dłoni do 0,5% TBSA	1%
438	Następstwa oparzeń skóry dłoni powyżej 0,5% i nie więcej niż 1,5% TBSA	5%
439	Następstwa oparzeń skóry dłoni powyżej 1,5% TBSA	10%

Uwaga: ocenie z pozycji 427-439 podlegają wyłącznie skutki oparzeń od stopnia II. Trwałe zaburzenia funkcji narządów lub kończyn w wyniku oparzenia należy oceniać według odpowiednich pozycji Tabeli, najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zdarzenia.
TBSA (ang. total body surface area) – całkowita powierzchnia ciała

O SKUTKI NAGŁEGO DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH, BIOLOGICZNYCH			
95	Skutki nagłego działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych		
440	Skutki nagłego działania czynników chemicznych lub fizycznych (z utratą przytomności lub reakcją anafilaktyczną lub hospitalizacją)		5%
441	Skutki nagłego działania czynników biologicznych (z hospitalizacją i wystąpieniem deficytów neurologicznych)		5%
Uwaga: trwałe zaburzenia funkcji narządów lub układów w wyniku działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych należy oceniać według odpowiednich pozycji Tabeli najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zdarzenia.			
P INNE SKUTKI URAZÓW			
96	Inne skutki urazów		
442	Skutki urazów, które wymagały leczenia i rehabilitacji przez okres dłuższy niż: - 3 miesiące - jeśli w dniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony miał mniej niż 18 lat, - 6 miesięcy - w przypadku pozostałych Ubezpieczonych, o ile nie pozostawiły one trwałych następstw i w związku z tym Ubezpieczonemu nie przysługuje żadne inne świadczenie w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu.		1%

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu z 20 kwietnia 2022 r. i wszedł w życie 1 czerwca 2022 r.

UMOWA DODATKOWA

„Assistance Wypadkowy”

Co zyskujesz w razie wypadku?

- **Pomoc w diagnostyce i leczeniu**
Zorganizujemy i opłacimy 10 świadczeń medycznych, takich jak m.in.: konsultacje lekarskie, diagnostyka laboratoryjna, badania specjalistyczne, w tym: RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa.
- **Wsparcie assistance w leczeniu i powrocie do zdrowia**
Zapewnimy m.in.: transport medyczny, rehabilitację (do 30 zabiegów), organizację i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz dostęp przez 6 miesięcy do Neuroformy – platformy, która ułatwia rehabilitację.
- **Organizacja i pokrycie kosztów zabiegu operacyjnego**
Pokryjemy koszty nawet do 20 000 zł.
- **Pokrycie kosztów operacji plastycznej**
Pokryjemy koszty do 8000 zł.

Warto wiedzieć

„Assistance Wypadkowy” możesz też zakupić dla swojego dziecka i partnera.

Jak skorzystać z assistance?

Wszystkie informacje znajdziesz na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY” (ANNW/TZ/3/2024)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-3 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 4-7 Art. 7 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY” (ANNW/TZ/3/2024)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Operacyjne** – podmiot AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) i zajmuje się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem
2. **Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego i nie jest członkiem jego rodziny
3. **Leki** – przepisane przez lekarza Ubezpieczonemu:
 - a) leki gotowe, wpisane do „Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” oraz
 - b) leki recepturowe,których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty
4. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
5. **Placówka Medyczna** – Szpital, prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
6. **Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej** – stan zagrożenia życia, który wskazujemy poniżej i który powinien być zgłoszony bezpośrednio do pogotowia ratunkowego:
 - a) zatrucie lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utrata przytomności, omdlenie, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty,
 - b) stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród,
 - c) rozległe rany z krwawieniem, które są efektem urazu oraz urazy, które uniemożliwiają samodzielne poruszanie się,
 - d) nagłe wystąpienie drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażenia i niedowładów,
 - e) ciężka reakcja anafilaktyczna na ukąszenia, leki lub środki spożywcze
7. **Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków

8. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny Ubezpieczonemu do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia mu samodzielne funkcjonowanie
9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
10. **Transport Medyczny** – transport, który jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; Transportem Medycznym nie jest transport na wizyty kontrolne oraz dojazd do poradni rehabilitacyjnej
11. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat (w przypadku Dziecka – mniej niż 18 lat) i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
12. **Wykaz Procedur Medycznych** – Załącznik nr 1 do tego dokumentu, który zawiera procedury medyczne, objęte ubezpieczeniem
13. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
14. **Zajęcie Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sprints wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
15. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków
16. **Zabieg Operacyjny** – operacja ortopedyczna, laryngologiczna lub chirurgiczna, której celem jest leczenie urazów doznanych przez Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Zabieg Operacyjny musi być przeprowadzany w warunkach bloku operacyjnego. Zabiegiem Operacyjnym nie jest zabieg:
 - a) wykonywany w celu leczenia choroby nowotworowej,
 - b) wykonywany w celach diagnostycznych,
 - c) związany z leczeniem wad wrodzonych,
 - d) przeprowadzony w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków Nieszczęśliwych Wypadków,
 - e) cięcia cesarskiego.

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych, które wskazujemy w Tabeli nr 1, dla Ubezpieczonego, który w czasie ochrony ubezpieczeniowej ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi. Podczas organizacji i realizacji tych świadczeń obowiązują:
 - zasady, które wskazujemy w Tabeli nr 1, oraz
 - Wykaz Procedur Medycznych.
 - b) organizację i pokrycie kosztów świadczeń assistance i telemedycyny, które wskazujemy w Tabeli nr 2, dla Ubezpieczonego, który w czasie ochrony ubezpieczeniowej ulega Nieszczęśliwemu

Wypadkowi. Podczas organizacji i realizacji tych świadczeń obowiązują:

- zasady, które wskazujemy w Tabeli nr 2 oraz
- Wykaz Procedur Medycznych.

- c) w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała, które powstały w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, ubezpieczenie obejmuje także: organizację i pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do wysokości 8 000 zł w odniesieniu do

jednego Nieszczęśliwego Wypadku. Operacja ta musi być przeprowadzona w warunkach bloku operacyjnego.

3. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w tym dokumencie oraz w Wykazie Procedur Medycznych i które są realizowane:

- a) za pośrednictwem Centrum Operacyjnego,
- b) na terenie Polski.

Tabela nr 1 Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku

Rodzaj świadczenia medycznego	Limit na jeden Nieszczęśliwy Wypadek
1. Wizyta lekarska lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry w Placówce Medycznej lub miejscu pobytu Ubezpieczonego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) wraz z kosztami dojazdu lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry oraz kosztami jego honorarium, o ile nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej.	
Po uzyskaniu skierowania od Lekarza Prowadzącego:	
2. Konsultacja chirurga	
3. Konsultacja okulisty	
4. Konsultacja otolaryngologa	
5. Konsultacja neurologa	
6. Konsultacja ortopedy	
7. Konsultacja kardiologa	
8. Konsultacja pulmonologa	
9. Konsultacja neurochirurga	Świadczenia do wielokrotnego wykorzystania, maksymalnie 10 świadczeń medycznych
10. Konsultacja psychologa	
11. Konsultacja ginekologa	
12. Konsultacja hepatologa	
Świadczenia z pkt 13-19 są realizowane w zakresie procedur medycznych, które wskazujemy w Wykazie Procedur Medycznych:	
13. Zabiegi ambulatoryjne	
14. Diagnostyka laboratoryjna Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktujemy jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby zleconych badań na jednym skierowaniu, które wystawił Lekarz Prowadzący w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.	
16. Badania radiologiczne (RTG)	
17. Badania ultrasonograficzne (USG)	
18. Rezonans magnetyczny	1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych
19. Tomografia komputerowa	1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych

Tabela nr 2 Świadczenia assistance i telemedycyny dla Ubezpieczonego w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku

Rodzaj i opis świadczenia	Limit na jeden Nieszczęśliwy Wypadek
I. Świadczenia assistance dla Ubezpieczonego	
1. Organizacja i pokrycie kosztów Zabiegu Operacyjnego	20 000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty Zabiegu Operacyjnego, którego przeprowadzenie jest wymagane na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego.	

2. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	30 zabiegów
Zorganizujemy i pokryjemy koszty rehabilitacji Ubezpieczonego, której przeprowadzenie jest wymagane na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego. W zależności od wyboru Ubezpieczonego mogą to być:	
a) wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego, albo	
b) wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej,	
realizowane w zakresie procedur medycznych, które wskazujemy w Wykazie Procedur Medycznych.	
3. Transporty Medyczne Ubezpieczonego i osoby przez niego wskazanej	20 Transportów Medycznych
Jeśli nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej, to zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu Medycznego:	
a) z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Placówki Medycznej wskazanej przez Lekarza Prowadzącego, gdy wymagany jest pobyt lub wizyta Ubezpieczonego w Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego.	
b) z Placówki Medycznej do innej Placówki Medycznej, gdy Ubezpieczony zostanie skierowany na badania specjalistyczne lub Zabieg Operacyjny w innej Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego.	
c) do miejsca pobytu Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony przebywa w Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego.	
4. Pomoc psychologa	maksymalnie 3 wizyty lub zdalne konsultacje
Zorganizujemy i pokryjemy koszty, w zależności od wyboru Ubezpieczonego, wizyt u psychologa lub zdalnych konsultacji z psychologiem, gdy – zgodnie ze skierowaniem od Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga skorzystania z pomocy psychologa.	
5. Leczenie stomatologiczne	2000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia stomatologicznego, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga takiego leczenia.	
6. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego	700 zł
Zapewnimy usługi, które wymieniamy niżej, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego:	
a) organizacja i pokrycie kosztów transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego i	
b) pokrycie kosztów zakupu albo wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).	
7. Zakup i dostarczenie Leków lub środków opatrunkowych	300 zł
Pokryjemy koszt zakupu i dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego Leków i środków opatrunkowych, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga przyjmowania przepisanych Leków lub korzystania ze środków opatrunkowych.	
II. Telemedycyna	Maksymalnie 6 porad lekarskich w każdym 12-miesięcznym okresie ochrony ubezpieczeniowej
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem czatu, które obejmują usługi wymienione w pkt a)-d). W ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy.	
a) wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	
b) zdalne wystawienie skierowania na badania lub zabiegi (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	
c) zdalne wystawienie zwolnienia lekarskiego (w przypadkach medycznie uzasadnionych i o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość)	
d) zdalną poradę lekarską udzielaną przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę w zakresie wyników przeprowadzonych badań.	
III. Infolinia medyczna	
W ramach infolinii medycznej zapewnimy telefoniczny dostęp do informacji dotyczących:	bez limitu
a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,	
b) diet, metod zdrowego żywienia,	
c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,	
d) danych teledadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,	
e) danych teledadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,	
f) danych teledadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,	
g) danych teledadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,	
h) danych teledadresowych aptek czynnych przez całą dobę.	

4. Ubezpieczenie w zakresie świadczeń telemedycyny nie obejmuje:
 - a) wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz endoskopię,
 - b) wystawiania e-recept na leki psychotropowe, opioidowe, a także leki przyjmowane w ramach kontynuacji leczenia sprężonego Nieszczęśliwego Wypadku, w związku z którym organizowaliśmy świadczenie,
 - c) wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą honorowane przez podmioty lecznicze (w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej), które realizują świadczenia medyczne na mocy kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (wystawione przez nas skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych).
5. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów świadczeń, których przyczyną było nadwyższenie organizmu o charakterze nawykowym, zmętnieniem lub wysiłkowym w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które jest potwierdzone w dokumentacji medycznej i skutkuje negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
6. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów, który wskazujemy w Tabeli nr 2, to zrealizujemy daną usługę w przypadku, gdy Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a tym limitem.
7. Jeśli spóźnisz się z płatnością Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zaptasz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do świadczeń.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłył okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, następującego po Miesiącu Polisowym, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie zawieramy kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli którakolwiek ze stron – Ty albo my – poinformuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać ze świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, to ma obowiązek:

- a) złożyć wniosek o realizację świadczenia wraz z dokumentami, które wskazujemy jako niezbędne do określenia, czy i w jakiej wysokości świadczenie jest należne,
- b) współpracować z Centrum Operacyjnym w zakresie organizacji i realizacji świadczeń, w tym uzgodnienia miejsca realizacji świadczenia,
- c) w przypadku, gdy Nieszczęśliwy Wypadek wydarzył się za granicą – dostarczyć dokumentację medyczną, która potwierdza zajście i okoliczności tego wypadku przetłumaczoną na język polski albo język angielski.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz Wzrostu Ubezpieczonego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ, KTÓRE SĄ OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

1. Abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu lub w jakiej wysokości, potrzebujemy:

- a) wniosku o realizację świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
 - b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Dokumenty te należy dostarczyć do Centrum Operacyjnego.
 3. Zawiadomienie o zajściu Nieszczęśliwego Wypadku można złożyć:
 - a) telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
 - b) pisząc na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa,
 - c) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.
 4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości, to spełnimy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
 5. Jeśli odmawiamy spełnienia świadczenia lub spełniamy je w części, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
 6. Centrum Operacyjne w porozumieniu z Ubezpieczonym ustala miejsce realizacji świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Organizujemy te świadczenia we współpracującym z Centrum Operacyjnym podmiocie lub Placówce Medycznej w ciągu 5 dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, które są niezbędne, abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu lub w jakiej wysokości.
 7. Wartość poszczególnych świadczeń assistance ustala Centrum Operacyjne – każdorazowo na podstawie cen usług w uzgodnionej z Ubezpieczonym Placówce Medycznej, które obowiązują w dniu organizacji świadczenia. Informujemy Ubezpieczonego o wartości tego świadczenia oraz o tym w jaki sposób realizacja tego świadczenia wpływa na limit kosztów lub świadczeń.

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, któremu uległ Ubezpieczony został spowodowany lub miał miejsce:
 - a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
 - b) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewoźu lotniczego lub przewoźu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
 - c) w związku z popełnieniem lub uświadomieniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.
 - e) w związku z poddaniem się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie takiego leczenia było zalecone przez Lekarza Prowadzącego,
 - f) w wyniku zatrucia się przez Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
 - g) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - h) wskutek zakażenia wirusem HIV,
 - i) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - j) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do

- kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie Nieszczęśliwego Wypadku, lub prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Nieszczęśliwego Wypadku,
- k) wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
- l) wskutek leczenia eksperymentalnego Ubezpieczonego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
- m) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

2. Gdy na skutek Siły Wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń asystan-
ce, o których mowa w Tabeli nr 2, zwracamy poniesione i udokumen-
towane koszty do wysokości limitów wskazanych w Tabeli nr 2.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty,
postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co
do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.
4. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są
objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wy-
konanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Siły Wyższej, strajków,
Aktów Terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania ra-
dioaktywnego, epidemii, a także ograniczeń w poruszaniu się, które
zostały wprowadzone przez władze państwowe.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 23/2024
i weszły w życie 16 marca 2024 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY”

WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

PROCEDURY MEDYCZNE	
1.	ZABIEGI AMBULATORIJNE
1)	AMBULATORIJNE ZABIEGI CHIRURGICZNE
a)	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych
b)	Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu
c)	Usunięcie szwów
d)	Zmiana opatrunku
e)	Naktucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)
f)	Naktucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojczykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)
g)	Naktucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)
h)	Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn
i)	Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych
j)	Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite
2)	AMBULATORIJNE ZABIEGI LARYNGOLOGICZNE
a)	Usunięcie ciała obcego, śródnosowe
3)	AMBULATORIJNE ZABIEGI OKULISTYCZNE
a)	Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki
b)	Usunięcia ciała obcego lub złoju w obrębie układu łzowego, przewody łzowe
c)	Wstrzyknięcie podspojówkowe
4)	AMBULATORIJNE ZABIEGI ORTOPEDYCZNE
a)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
b)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
c)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
d)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
e)	Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną
f)	Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie
g)	Zastosowanie gipsu biodrowego
h)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny)
i)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia)
j)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy)
k)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz)
l)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego
m)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny
n)	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)
o)	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)
2.	DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

1)	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, HCT, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)
2)	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, HCT, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów
3)	Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów
4)	Morfologia krwi obwodowej, retikulocytoza – ręcznie
5)	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – nieautomatycznie
6)	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – automatycznie
3.	BADANIA RADIOLOGICZNE
1)	Badanie radiologiczne – czaszka
2)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, jedna projekcja: czołowa PA
3)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, dwie projekcje: czołowa PA i boczna
4)	Badanie radiologiczne – żuchwa
5)	Badanie radiologiczne – układ kostny twarzy
6)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)
7)	Badanie radiologiczne – żebra, jednostronne
8)	Badanie radiologiczne – żebra, obustronne
9)	Badanie radiologiczne – mostek
10)	Badanie radiologiczne – staw lub stawy mostkowo-obojęzyczne
11)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (całość), badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna
12)	Badanie radiologiczne – kręgosłup szyjny
13)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowo-lędźwiowy), w pozycji stojącej (skolioza)
14)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowy)
15)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowo-lędźwiowy)
16)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek lędźwiowo-krzyżowy)
17)	Badanie radiologiczne – miednica
18)	Badanie radiologiczne – stawy krzyżowo-biodrowe
19)	Badanie radiologiczne – kość krzyżowa i kość ogonowa
20)	Badanie radiologiczne – obojęzki, całkowite
21)	Badanie radiologiczne – łopatką, całkowite
22)	Badanie radiologiczne – bark
23)	Badanie radiologiczne – stawy barkowo-obojęzyczne
24)	Badanie radiologiczne – kość ramienna
25)	Badanie radiologiczne – staw łokciowy
26)	Badanie radiologiczne – przedramię
27)	Badanie radiologiczne – nadgarstek
28)	Badanie radiologiczne – ręka
29)	Badanie radiologiczne – palec (palce) ręki
30)	Badanie radiologiczne – biodro
31)	Badanie radiologiczne – kość udowa
32)	Badanie radiologiczne – kolano
33)	Badanie radiologiczne – oba kolana; w pozycji stojącej w projekcji PA
34)	Badanie radiologiczne – piszczel i strzałka
35)	Badanie radiologiczne – staw skokowy
36)	Badanie radiologiczne – stopa

37)	Badanie radiologiczne – kość piętowa
38)	Badanie radiologiczne – jama brzuszna, pojedyncza projekcja PA
4.	ULTRASONOGRAFIA
1)	Badanie ultrasonograficzne – klatka piersiowa
2)	Badanie ultrasonograficzne – jama brzuszna
3)	Badanie ultrasonograficzne – miednica
4)	Badanie ultrasonograficzne – moszna i jej zawartość
5)	Badanie ultrasonograficzne – kończyna, nienaczyniowe
5.	REHABILITACJA
1)	Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
2)	Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
3)	Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF), jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje
4)	Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna
5)	Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów
6)	Kinezytaping
7)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia
8)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux)
9)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet
10)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki
11)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza
12)	Galwanizacja
13)	Elektrostymulacja
14)	Tonoliza
15)	Prądy diadynamiczne
16)	Prądy interferencyjne
17)	Prądy Kotza
18)	Prądy Tens
19)	Prądy Traberta
20)	Impulsowe pole magnetyczne
21)	Laseroterapia (skaner, punktowo)
22)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (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 lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, bez kontrastu
3)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa, bez kontrastu
4)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, bez kontrastu
5)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa, bez kontrastu
6)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, bez kontrastu
7)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa, bez kontrastu
8)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, bez kontrastu

9)	Tomografia komputerowa – miednica, bez kontrastu
10)	Tomografia komputerowa – kończyna górna, bez kontrastu
11)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna, bez kontrastu
12)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna, bez kontrastu
13)	Tomografia komputerowa – głowa lub mózg, z kontrastem
14)	Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem
15)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa, z kontrastem
16)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, z kontrastem
17)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa, z kontrastem
18)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, z kontrastem
19)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa, z kontrastem
20)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, z kontrastem
21)	Tomografia komputerowa – miednica, z kontrastem
22)	Tomografia komputerowa – kończyna górna, z kontrastem
23)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna, z kontrastem
24)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna, z kontrastem
7.	REZONANS MAGNETYCZNY
1)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja, bez kontrastu
2)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), bez kontrastu
3)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), bez kontrastu
4)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek szyjny kręgosłupa), bez kontrastu
5)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek piersiowy kręgosłupa), bez kontrastu
6)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek lędźwiowy kręgosłupa), bez kontrastu
7)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica, bez kontrastu
8)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu
9)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, bez kontrastu
10)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu
11)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, bez kontrastu
12)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna, bez kontrastu
13)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja, z kontrastem
14)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), z kontrastem
15)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), z kontrastem
16)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek szyjny kręgosłupa), z kontrastem
17)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek piersiowy kręgosłupa), z kontrastem
18)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek lędźwiowy kręgosłupa), z kontrastem
19)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica, z kontrastem
20)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem
21)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, z kontrastem
22)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem
23)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, z kontrastem
24)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna, z kontrastem

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i wszedł w życie 15 kwietnia 2023 r.

Niezdolność do pracy po NW

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci wsparcie finansowe, jeśli zostanie u Ciebie stwierdzona trwała i całkowita niezdolność do jakiegokolwiek pracy.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w razie niezdolności do pracy, to 1 000 000 zł.

Warto wiedzieć

Ubezpieczenie dotyczy niezdolności do pracy, której przyczyną jest nieszczęśliwy wypadek.

Zwróć uwagę

Niezdolność do pracy, za którą wypłacamy pieniądze, trwa nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po tym okresie ma charakter trwały i nieodwracalny.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NPW/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NPW/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Ta całkowita niezdolność musi:
 - a) rozpocząć się w ciągu 36 miesięcy od tego wypadku,
 - b) trwać nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu – na podstawie aktualnej wiedzy medycznej – mieć charakter trwały i nieodwracalny
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku Niezdolności do Pracy; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność do Pracy. Nieszczęśliwy Wypadek oraz ostatni dzień 12-miesięcznego okresu niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej muszą nastąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej. Jeśli w czasie 12-miesięcznego okresu niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego 12-miesięcznego okresu nie musi nastąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
3. W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) w dniu, w którym podejmujemy decyzję o wypłacie pieniędzy z tytułu Niezdolności do Pracy,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - f) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i laboratoryjne. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową, w ciągu 60 dni od takiej zmiany.

3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
5. Jeśli Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej z dnia Nieszczęśliwego Wypadku.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,

- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) dokumentów, które potwierdzają Niezdolność do Pracy – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który spowodował Niezdolność do Pracy, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Pobyty w szpitalu wskutek NW

Co zyskujesz?

Wyplacimy Ci pieniądze za pobyt w szpitalu, który ma związek z wypadkiem – już od pierwszego dnia pobytu.

Warto wiedzieć

- Za każdy dzień pobytu w szpitalu możesz otrzymać od 100 zł do 500 zł.
- Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – nawet za 120 dni pobytu w szpitalu w ciągu roku.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LSNW/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LSNW/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej** dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Dziennie Świadczenie Szpitalne** – wybrana przez Ciebie kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe za jeden Dzień Pobytu w Szpitalu; Dziennie Świadczenie Szpitalne wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
3. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu – od dnia rejestracji do dnia wypisu
4. **Nieszcześnie Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
5. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu na skutek Nieszcześnie Wypadku. Pobyt ten musi rozpocząć się w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku i musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu nie jest pobyt na oddziale rehabilitacyjnym lub ratunkowym. Nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu
6. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
7. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
8. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:

- a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
9. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
 10. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
 11. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszcześnie Wypadków, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego za maksymalnie 120 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu na skutek Nieszcześnie Wypadku.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu oraz
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:

- a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
5. Jeśli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Za Dzień Pobytu w Szpitalu wypłacamy Ubezpieczonemu Dienne Świadczenie Szpitalne.
2. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż jeden dzień, to wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiednią wielokrotność Dziennego Świadczenia Szpitalnego.
3. Do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dienne Świadczenie Szpitalne, które obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż 30 dni, to Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę za pierwsze 30 dni tego pobytu.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Pobycie w Szpitalu oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) dokumentów, które potwierdzają Pobyt w Szpitalu.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który jest przyczyną Pobytu w Szpitalu, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Koszty leczenia skutków NW

Co zyskujesz?

Zwrócimy Ci koszty poniesione na leczenie po wypadku, które obejmuje: wizyty i badania lekarskie, zabiegi i operacje (bez operacji plastycznych), pobyt w szpitalu, przewiezienie do placówki medycznej, leki i środki opatrunkowe.

Warto wiedzieć

- Otrzymaś zwrot kosztów, które będą udokumentowane oryginałami rachunków.
- Zwrócimy Ci wydatki poniesione na leczenie w Polsce w ciągu 12 miesięcy od wypadku.

Zwróć uwagę

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, czyli do kwoty 50 000 zł.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KL/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-3 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 4 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KL/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakież są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Leczenia** – koszty, które zostały poniesione na leczenie u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego Wypadku, w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku. Leczenie musi być niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz musi być przeprowadzone na terenie Polski, pod kontrolą lekarza
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Placówka Medyczna** – prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowanego zespół lekarski i pielęgniarski
5. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
6. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – maksymalna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku poniesienia Kosztów Leczenia; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumentcie Ubezpieczenia
7. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
8. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i

b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

9. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
10. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diety lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje zwrot następujących Kosztów Leczenia:
 - a) koszty wizyt lekarskich,
 - b) koszty pobytu w szpitalu,
 - c) koszty zabiegów i operacji, z wyłączeniem operacji plastycznych,
 - d) koszty znieczulenia, w tym koszty jego podania,
 - e) koszty badań,
 - f) koszty przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki Medycznej, w której udzielono mu pomocy medycznej po Nieszczęśliwym Wypadku, w tym koszty wezwania karetki pogotowia,
 - g) koszty nabycia leków, które są dostępne wyłącznie na receptę,
 - h) koszty nabycia środków opatrunkowych.
3. Zwracamy Koszty Leczenia do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.
4. Koszty rehabilitacji nie są Kosztami Leczenia.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarliśmy z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową – w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:

- a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
4. Jeśli Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Wypłacamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Leczenia, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków.
2. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu z danej Umowy Dodatkowej, to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku. Limit ten jest taki sam także wtedy, gdy Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi.
3. Jeżeli Koszty Leczenia zostały poniesione w walucie obcej, kwoty z rachunków i faktur przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy za-
wiadomienia o poniesionych Kosztach Leczenia oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,

- c) dokumentów, które potwierdzają zajęcie i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Leczenia; faktura lub rachunek musi zawierać informację o rodzaju poniesionych Kosztów Leczenia i wskazanie osoby, której leczenia te koszty dotyczą.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie zwracamy Kosztów Leczenia, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego te koszty są ponoszone, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Koszty operacji plastycznych po NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

Zwrócimy Ci koszty poniesione na operacje plastyczne po wypadku.

Warto wiedzieć

- Otrzymasz zwrot kosztów, które będą udokumentowane oryginałami rachunków.
- Zwrócimy Ci wydatki na operacje przeprowadzone w Polsce w ciągu 24 miesięcy od wypadku.

Zwróć uwagę

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, czyli do kwoty maksymalnie 50 000 zł.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



→ Spis treści

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW OPERACJI PLASTYCZNYCH PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (OP/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW OPERACJI PLASTYCZNYCH PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (OP/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Jak długo trwa ochrona ubezpieczeniowa z Umowy Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej albo inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Operacji Plastycznych** – koszty, które zostały poniesione na operacje plastyczne Ubezpieczonego w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń powierzchni jego ciała powstałych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Operacje muszą być przeprowadzone:
 - a) w ciągu 24 miesięcy od tego wypadku,
 - b) na terenie Polski i pod kontrolą lekarza
3. **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
6. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – maksymalna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku poniesienia Kosztów Operacji Plastycznych; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
4. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej albo w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje zwrot Kosztów Operacji Plastycznych.
3. Zwracamy Koszty Operacji Plastycznych maksymalnie do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu,
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
4. Jeśli Nieszczęśliwy Wypadek jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Wypłacamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Operacji Plastycznych, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków.
2. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu z danej Umowy Dodatkowej, to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Jeśli Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi, to łączna kwota wypłat z danej Umowy Dodatkowej też nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. Jeżeli Koszty Operacji Plastycznych zostały poniesione w walucie obcej, kwoty wskazane z rachunków i faktur przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych tabeli ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o poniesionych Kosztach Operacji Plastycznych oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Operacji Plastycznych; faktura lub rachunek musi zawierać wskazanie osoby, która poddała się operacji plastycznej.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie zwracamy Kosztów Operacji Plastycznych, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego te koszty są ponoszone, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

Dodatkowa ochrona po NW – „Dla Aktywnych”

Co zyskujesz?

- „Dla Aktywnych” rozszerza zakres ochrony w ubezpieczeniach, które zapewniają wsparcie finansowe w razie:
 - trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku,
 - niezdolności do pracy po nieszczęśliwym wypadku,
 - pobytu w szpitalu po nieszczęśliwym wypadku,
 - leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
 - operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku.
- Dzięki temu otrzymasz wypłatę z tych ubezpieczeń, jeśli Twój wypadek będzie związany z uprawianiem sportów i aktywności wymienionych w warunkach ubezpieczenia.

Warto wiedzieć

- Lista wyczynowych sportów liczy 40 pozycji – należą do nich m.in. tak popularne sporty, jak: piłka nożna, siatkówka, piłka ręczna, narciarstwo, lekkoatletyka, judo, karate.
- Lista innych sportowych aktywności obejmuje m.in. wyprawy w wysokie góry poniżej 4000 m n.p.m.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia wypadkowego?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „DLA AKTYWNYCH” (AK/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 każdej Umowy Dodatkowej, której zakres ubezpieczenia rozszerzamy oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „DLA AKTYWNYCH” (AK/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu.

W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy:

- **Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU** oraz
- **Ogólne warunki ubezpieczenia umowy dodatkowej**, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową.

Czytaj te dokumenty uważnie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umów Dodatkowych i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak zmienić Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

W **Ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej** znajdziesz informacje:

- Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia),
- Jakie są Twoje obowiązki i obowiązki Ubezpieczonego,
- Komu i ile pieniędzy wypłacamy,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

Pojęcia, które piszemy wielką literą, zdefiniowaliśmy w OWU albo w Ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową.

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ubezpieczenie obejmuje rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej w Umowach Dodatkowych:

- a) w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku,
- b) w razie pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- c) w razie poniesienia kosztów leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
- d) w razie poniesienia kosztów operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku,
- e) w razie niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku,

o skutki Nieszczęśliwego Wypadku, który ma miejsce w czasie następujących aktywności Ubezpieczonego:

• Wyczynowe Uprawianie Sportu z poniższej tabeli:

1	badminton	21	pięciobój i dziesięciobój
2	baseball	22	piłka nożna (w tym halowa)
3	biathlon	23	piłka ręczna
4	bilard	24	piłka wodna
5	curling	25	łyżwanie
6	futbol amerykański	26	rugby
7	gimnastyka z wyłączeniem kulturystyki	27	saneczkarstwo z wyłączeniem saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
8	golf	28	siatkówka
9	hokej na trawie i hokej na lodzie	29	skoki przez przeszkody z wyłączeniem wyścigów konnych
10	jazda konna	30	snowboarding z wyłączeniem akrobacji oraz snowboarding poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
11	kajakarstwo z wyłączeniem kajakarstwa górskiego i górskich sptywów wodnych	31	sporty walki bez użycia broni (tj.: aikido, hapkido, judo, karate, kung-fu, taekwondo)
12	kolarstwo oraz kolarstwo górskie z wyłączeniem odmian ekstremalnych (odmiany ekstremalne to: zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill)	32	squash
13	koszykówka	33	surfing i windsurfing
14	lekkoatletyka	34	szermierka sportowa
15	tucznictwo	35	taniec
16	tyżwiarstwo figurowe	36	tenis stołowy
17	tyżwiarstwo szybkie	37	tenis ziemny
18	narciarstwo alpejskie z wyłączeniem narciarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, skoków i narciarstwa akrobatycznego	38	triathlon
19	narciarstwo biegowe	39	wioślarstwo
20	narty wodne z wyłączeniem akrobacji	40	żeglarstwo śródlądowe i przybrzeżne do 25 mil morskich od brzegu

oraz

- udział w następujących Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Ultra-ty Życia lub Zdrowia, pod warunkiem, że nie są uprawiane w ramach Wyczynowego Uprawiania Sportu ani Zawodowego Uprawiania Sportu:

- 1 bezdekompresyjne nurkowanie z partnerem poza wrakami i jaskiniami przy użyciu sprzętu z obiegiem otwartym i z zejściem do 40 m. Ubezpieczony musi mieć uprawnienia do nurkowania potwierdzone międzynarodowym certyfikatem (PADI, CMAS) lub nurkowanie musi odbywać się podczas kursu, którego celem jest uzyskanie takich uprawnień w asyście instruktora z aktualnym międzynarodowym certyfikatem uprawniającym do prowadzenia kursu danego rodzaju
- 2 żeglarstwo morskie i oceaniczne na jednostce, która:
 - a) jest przewidziana na co najmniej siedmiu członków załogi i
 - b) jest prowadzona przez osobę, która ma patent jachtowego sternika morskiego lub kapitana jachtowego Polskiego Związku Żeglarskiego lub adekwatne uprawnienia wydane przez ISSA (Inshore Skipper, Offshore Skipper lub Master of Yacht)

-
3	wspinaczka skałkowa poniżej 4000 m n.p.m. z użyciem specjalistycznego sprzętu, na drogach do 5 klasy trudności włącznie wg klasyfikacji UIAA, V klasyfikacji polskiej, 4b brytyjskiej, 5.7 północnoamerykańskiej, 4+ francuskiej, 14 australijskiej, 5 skandynawskiej lub III saksońskiej
4	wyprawy w wysokie góry poniżej 4000 m n.p.m.
-

2. Aktywności, które wymieniamy w tabelach powyżej, nie mogą stanowić Aktywności Zarobkowej Ubezpieczonego.
3. Jeśli Ubezpieczony ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi w czasie aktywności, które wymieniamy wyżej, to wypłacamy pieniądze z Umowy Dodatkowej, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową. Wypłata następuje zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia tej Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
- a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,

- d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana ostatnia Umowa Dodatkowa, w której rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego zgodnie z tym dokumentem,
 - f) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
- a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej i czasu trwania Umowy Dodatkowej, w której rozszerzamy zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie tego dokumentu,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Rachunek z UFK z ubezpieczeniem na życie



→ Spis treści

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI (UFK) (RK/TZ/6/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 18 Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanie ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Art. 12 ust. 1-4 Art. 13 ust. 1-4 Wykaz Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Art. 15 ust. 4 i 5

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI (UFK) (RK/TZ/6/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jak są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Na czym polega indeksacja,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Alokacja** – przeliczenie Regularnej Składki Kapitałowej oraz Dodatkowej Składki Kapitałowej na Jednostki Funduszy, zgodnie ze wskazanym przez Ciebie podziałem między Fundusze
2. **Dodatkowa Składka Kapitałowa** – kwota, którą wpłacasz w dowolnych terminach po zawarciu Umowy Dodatkowej w celu gromadzenia dodatkowych środków
3. **Dzień Rejestracji Wpłaty** – dzień, w którym Regularna lub Dodatkowa Składka Kapitałowa wpływa na nasz rachunek bankowy
4. **Dzień Roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy
5. **Jednostki Funduszy (Jednostki)** – udziały o jednakowej wartości, na które jest podzielony Fundusz
6. **Rachunek Jednostek (Rachunek)** – rachunek, na którym rejestrujemy Jednostki Funduszy po Alokacji i z którego odpisujemy Jednostki, gdy decydujesz się na przeniesienie Jednostek lub wypłatę środków, oraz pobieramy opłaty. Rachunek ten otwieramy w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej
7. **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (Regulamin Funduszy)** – dokument, który zawiera informacje o:
 - a) Funduszach z naszej oferty, ich celach i zasadach działania oraz
 - b) profilach inwestycyjnych i Funduszach, które są dostępne w ramach tych profili.Czytaj go łącznie z ogólnymi warunkami tej Umowy Dodatkowej
8. **Regularna Składka Kapitałowa** – kwota, którą wpłacasz jako część Składki i przeznaczasz na regularne gromadzenie środków na Rachunku. Składka ta podlega indeksacji zgodnie z OWU
9. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą przyjmujemy do obliczenia świadczenia ubezpieczeniowego, które wypłacamy, gdy Ubezpieczony umiera w czasie trwania Umowy Dodatkowej. Kwota ta jest równa 500 zł i nie podlega indeksacji
10. **Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) jest Ubezpieczonym Głównym i Ubezpieczającym w Umowie i
 - b) w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat
11. **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (Fundusz)** – część naszych aktywów, która została wydzielona w celu gromadzenia i inwestowania środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych zgodnie z Regulaminem Funduszy. Fundusze różnią się poziomem ryzyka inwestycyjnego oraz inwestują w jednostki uczestnictwa różnych kategorii funduszy i subfunduszy inwestycyjnych, a przez to pośrednio w wiele instrumentów finansowych (np. obligacje, akcje, instrumenty rynku pieniężnego)

12. **Wartość Jednostki Funduszu (Wartość Jednostki)** – wartość, zgodnie z którą Jednostki Funduszy są rejestrowane na Rachunku i z niego odpisywane. Ustalamy ją zgodnie z Regulaminem Funduszy
13. **Wartość Rachunku** – wartość Jednostek Funduszy zarejestrowanych na Rachunku, którą obliczamy, mnożąc liczbę Jednostek Funduszy przez ich wartość w danym dniu
14. **Wykaz Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK)** – dokument, który zawiera limity oraz opłaty stosowane przez nas w Umowie Dodatkowej. Czytaj go łącznie z ogólnymi warunkami tej Umowy Dodatkowej

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy życie Ubezpieczonego.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego w czasie ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej oraz Wartość Rachunku (świadczenie ubezpieczeniowe).

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Umowę Dodatkową zawieramy z Tobą na czas nieokreślony.
2. Przed zawarciem Umowy Dodatkowej uzyskujemy w formie ankiety informacje dotyczące Twoich potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz sytuacji finansowej, abyśmy mogli dokonać oceny, które z ubezpieczeń z naszej oferty jest odpowiednie do Twoich potrzeb.
3. Zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową, jeśli na podstawie uzyskanych informacji uznamy, że jest ona odpowiednia do Twoich potrzeb. W przeciwnym razie Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie po złożeniu przez Ciebie pisemnego żądania jej zawarcia oraz pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z naszym ostrzeżeniem, że umowa nie jest odpowiednia do Twoich potrzeb.
4. Możesz odmówić wypełnienia tej ankiety. W takim przypadku mamy ograniczoną możliwość oceny, które z ubezpieczeń z naszej oferty jest odpowiednie do Twoich potrzeb i możesz zawrzeć Umowę wyłącznie wtedy, gdy złożysz pisemne żądanie jej zawarcia.
5. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - b) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - c) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna Ubezpieczonego,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
6. Jeśli wybierzesz opcję wpłacania tylko Dodatkowej Składki Kapitałowej, to ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas pierwszej takiej składki.

ART. 4 CO SIĘ DZIEJE ZE SKŁADKAMI, KTÓRE WPŁACASZ

1. Regularne i Dodatkowe Składki Kapitałowe, które wpłacasz, przeliczamy na Jednostki Funduszy – zgodnie ze wskazanym przez Ciebie podziałem między Fundusze.
2. Fundusze wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Dodatkowej – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy.
3. Możesz zadeklarować opłacanie Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej albo tylko Dodatkowej Składki Kapitałowej.
4. Limity, które dotyczą Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej, wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK).

ART. 5 JAK WPŁACAĆ REGULARNĄ SKŁADKĘ KAPITAŁOWĄ

1. Jeśli chcesz opłacać Regularną Składkę Kapitałową, to wybierasz i wskazujesz we Wniosku:
 - a) wysokość tej składki oraz
 - b) jej procentowy podział między Fundusze (minimalnie 5% do jednego Funduszu).Fundusze wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Dodatkowej – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy; jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie

dostępny zgodnie z tymi zasadami, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.

- Regularna Składka Kapitałowa jest częścią Składki.
- Regularną Składkę Kapitałową wpłacasz:
 - w terminach płatności Składki,
 - na rachunek bankowy, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
- Jeśli we Wniosku nie wybrałeś Regularnej Składki Kapitałowej, to możesz rozpocząć jej opłacanie po zawarciu Umowy Dodatkowej – na podstawie wniosku o zmianę. Wniosek ten wymaga naszej akceptacji.
- Jeśli chcesz zrezygnować z opłacania Regularnej Składki Kapitałowej, poinformuj nas o swojej decyzji. Zmiana obowiązuje od terminu płatności następnej Składki.
- W okresie, w którym my przejmujemy opłacanie Składek na podstawie Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki, nie opłacamy Regularnej Składki Kapitałowej.

ART. 6 JAK WPŁACAĆ DODATKOWĄ SKŁADKĘ KAPITAŁOWĄ

- Procentowy podział Dodatkowej Składki Kapitałowej między Fundusze jest taki sam, jak Regularnej Składki Kapitałowej.
- Jeśli chcesz opłacać tylko Dodatkową Składkę Kapitałową, to jej procentowy podział między Fundusze (minimalnie 5% do jednego Funduszu) wskazujesz we Wniosku. Fundusze wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Dodatkowej – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Taki sam podział będzie obowiązywał dla Regularnych Składek Kapitałowych, których opłacanie zadeklarujesz później.
- Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.
- Dodatkową Składkę Kapitałową wpłacasz:
 - w dowolnych terminach w czasie trwania Umowy Dodatkowej,
 - na odrębny rachunek bankowy, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.

ART. 7 JAK ALOKUJEMY REGULARNĄ I DODATKOWĄ SKŁADKĘ KAPITAŁOWĄ W FUNDUSZE

- Regularną i Dodatkową Składkę Kapitałową uznajemy za zapłaconą w Dniu Rejestracji Wpłaty.
- Alokacja następuje:
 - w ciągu 7 Dni Roboczych od Dnia Rejestracji Wpłaty i najwcześniej w terminie płatności Składki – w przypadku Regularnej Składki Kapitałowej,
 - w ciągu 7 Dni Roboczych od Dnia Rejestracji Wpłaty i najwcześniej w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej – w przypadku Dodatkowej Składki Kapitałowej,i według Wartości Jednostek z dnia Alokacji.
- Liczbę i Wartość Jednostek rejestrowanych na Rachunku i z niego odpisywanych zaokrąglamy do 5 miejsca po przecinku.

ART. 8 JAK ZMIENIĆ WYSOKOŚĆ REGULARNEJ SKŁADKI KAPITAŁOWEJ

- Możesz zmienić wysokość Regularnej Składki Kapitałowej – zgodnie z limitami, które obowiązują dla takiej składki.
- Abyśmy mogli wykonać zmianę, potrzebujemy Twojego wniosku. Zmiana wymaga naszej akceptacji.
- Zmiana obowiązuje od terminu płatności Składki, który przypada bezpośrednio po wyrażeniu przez nas zgody na taką zmianę.
- Zmianę potwierdzamy odrębną korespondencją.

ART. 9 JAK ZMIENIĆ PODZIAŁ SKŁADKI MIĘDZY FUNDUSZE

- Możesz zmienić procentowy podział następnej Regularnej Składki Kapitałowej między Fundusze.
- Nowe Fundusze wybierasz spośród tych, które są dla Ciebie dostępne w ramach Umowy Dodatkowej w dniu, w którym składasz wniosek o zmianę, zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Określasz także procentowy podział tej składki między Fundusze (minimalnie 5% do jednego Funduszu).

- Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.
- Zmianę realizujemy w ciągu 7 Dni Roboczych od dnia, w którym otrzymujemy Twój wniosek.
- Nowy podział między Fundusze stosujemy do Regularnych Składek Kapitałowych oraz Dodatkowych Składek Kapitałowych, które alokujemy po dniu, w którym zrealizujemy zmianę.
- Jeśli opłacasz tylko Dodatkową Składkę Kapitałową, to w taki sam sposób możesz zmienić procentowy podział następnej Dodatkowej Składki Kapitałowej między Fundusze.

ART. 10 JAK PRZENIEŚĆ JEDNOSTKI FUNDUSZU DO INNEGO FUNDUSZU

- Możesz złożyć wniosek o przeliczenie Jednostek danego Funduszu (minimalnie 5%) na Jednostki innego Funduszu (przeniesienie). W wyniku przeniesienia na Rachunku następuje odpisanie Jednostek jednego Funduszu i rejestracja Jednostek innego Funduszu.
- Nowy Fundusz wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Dodatkowej w dniu, w którym składasz wniosek, zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z tymi zasadami, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.
- Zmianę realizujemy w ciągu 7 Dni Roboczych od dnia, w którym otrzymujemy Twój wniosek, i według Wartości Jednostek, które obowiązują w dniu realizacji zmiany.

ART. 11 JAK WYPŁAĆ PIENIĄDZE Z RACHUNKU

- Możesz złożyć wniosek o wypłatę części lub całości Wartości Rachunku.
- Rejestrujemy tylko taki wniosek, który jest kompletny i poprawnie wypełniony. Jeśli wniosek nie zawiera danych koniecznych do zrealizowania wypłaty, to prosimy o ich uzupełnienie.
- We wniosku o wypłatę części Wartości Rachunku wskazujesz:
 - kwotę, którą chcesz wypłacić lub
 - Fundusze, z których chcesz odliczyć Jednostki.Jeśli nie wskazujesz Funduszy, to odpisujemy Jednostki ze wszystkich Funduszy, proporcjonalnie do udziału Funduszy w Wartości Rachunku.
- Wypłata następuje poprzez odpisanie z Rachunku takiej liczby Jednostek Funduszy, których wartość jest równa kwocie, którą wskazujesz. Na Rachunku musi pozostać równowartość 2 minimalnych Regularnych Składek Kapitałowych. Minimalną Regularną Składkę Kapitałową wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK). Jeśli nie chcesz pozostawić na Rachunku równowartości 2 minimalnych Regularnych Składek Kapitałowych, to możesz złożyć wniosek o wypłatę całości Wartości Rachunku.
- Jeśli Wartość Jednostek Funduszu, który wskazujesz, jest zbyt niska, abyśmy mogli zrealizować oczekiwaną przez Ciebie wypłatę, to:
 - odpisujemy wszystkie Jednostki tego Funduszu,
 - brakującą kwotę uzyskujemy z proporcjonalnego odliczenia Jednostek z pozostałych Funduszy; proporcja ta wynika z udziału Wartości Jednostek danego Funduszu w Wartości Rachunku.
- Kwotę do wypłaty obliczamy według Wartości Jednostek, które obowiązują następnego Dnia Roboczego po dniu, w którym otrzymujemy Twój kompletny i poprawnie wypełniony wniosek. Pieniądże wypłacamy w ciągu kolejnych 14 Dni Roboczych, w złotych polskich, przelewem na Twój rachunek bankowy.
- Jeśli tego samego dnia odpisujemy i rejestrujemy Jednostki na Rachunku, to wykonujemy to w następującej kolejności:
 - odpisujemy Jednostki w związku z pobraniem opłaty dystrybucyjnej,
 - odpisujemy Jednostki w związku z wypłatą całości Wartości Rachunku,
 - odpisujemy i rejestrujemy Jednostki w związku z przeniesieniem Jednostek,
 - odpisujemy Jednostki w związku z wypłatą części Wartości Rachunku,
 - rejestrujemy Jednostki w związku z Alokacją.

ART. 12 NA CO PRZEZNACZAMY OPŁATĘ ZA ZARZĄDZANIE I ADMINISTRACJĘ FUNDUSZEM ORAZ KIEDY I W JAKIEJ WYSOKOŚCI JĄ POBIERAMY

1. Opłatę za zarządzanie i administrowanie Funduszem przeznaczamy na pokrycie kosztów:
 - a) dla zarządzających funduszami inwestycyjnymi, w które inwestowane są aktywa poszczególnych Funduszy (w tym kosztów agenta transferowego),
 - b) prowadzenia czynności księgowo-administracyjnych, w tym procesu wyceny Funduszy,
 - c) prowadzenia naszej działalności związanej z oferowaniem i obsługą ubezpieczeń z Funduszami.
2. Opłatę pobieramy przez cały czas trwania Umowy Dodatkowej – z aktywów Funduszu podczas ich wyceny, każdego Dnia Roboczego oraz ostatniego dnia miesiąca. Pobranie opłaty zmienia wartość tych aktywów, a tym samym – Wartość Jednostki.
3. Wysokość opłaty dla każdego Funduszu ustalamy zgodnie z Regulaminem Funduszy dla wszystkich umów ubezpieczenia, w których jest możliwe zakupienie Jednostek tego Funduszu.
4. Wysokość tej opłaty wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK).

ART. 13 NA CO PRZEZNACZAMY OPŁATĘ DYSTRYBUCYJNĄ ORAZ KIEDY I W JAKIEJ WYSOKOŚCI JĄ POBIERAMY

1. Opłatę dystrybucyjną przeznaczamy na pokrycie kosztów zawarcia Umowy Dodatkowej.
2. Pobieramy ją z Rachunku po wykonaniu Alokacji:
 - a) każdej Regularnej Składki Kapitałowej, której termin płatności przypada w pierwszych 12 miesiącach od zawarcia Umowy Dodatkowej,
 - b) każdej Dodatkowej Składki Kapitałowej, która podlega Alokacji w pierwszych 12 miesiącach od zawarcia Umowy Dodatkowej.
3. Opłatę pobieramy 5. dnia po Alokacji poprzez proporcjonalne odliczenie z każdego Funduszu odpowiedniej liczby Jednostek według Wartości Jednostek, które obowiązują w tym dniu.
4. Wysokość tej opłaty wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK).

ART. 14 KIEDY MOŻESZ ODSTĄPIĆ OD UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej w ciągu 30 dni od dnia, w którym ją zawarłeś lub od dnia, w którym się dowiedziałeś o prawie do odstąpienia – w zależności od tego, który z tych dni jest późniejszy.
2. W takim przypadku zwracamy Ci Wartość Rachunku z dnia, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o odstąpieniu, oraz równowartość opłaty dystrybucyjnej, którą pobraliśmy do dnia odstąpienia.
3. Możesz także odstąpić od Umowy Dodatkowej w ciągu 60 dni od dnia, w którym po raz pierwszy otrzymujesz od nas roczną informację o Wartości Rachunku. W takim przypadku wypłacamy Ci Wartość Rachunku z dnia, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.
4. Pieniądże wypłacamy w ciągu 14 Dni Roboczych od otrzymania Twojego oświadczenia o odstąpieniu, przelewem na Twój rachunek bankowy.

ART. 15 KIEDY MOŻESZ WYPOWIEDZIEĆ UMOWĘ DODATKOWĄ I KIEDY WYPŁACAMY WARTOŚĆ RACHUNKU

1. Możesz wypowiedzieć Umowę Dodatkową w dowolnym momencie w czasie jej trwania.
2. Za wypowiedzenie Umowy Dodatkowej uznamy także Twój wniosek o wypłatę całości Wartości Rachunku lub wniosek o wypłatę kwoty wyższej niż Wartość Rachunku.

3. Umowa Dodatkowa zostanie rozwiązana ostatniego dnia Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje wypowiedzenie.
4. W przypadku wypowiedzenia Umowy Dodatkowej, Umowy Głównej Ubezpieczonego lub Umowy wypłacamy Ci Wartość Rachunku. Obliczamy ją według Wartości Jednostek, które obowiązują następnego Dnia Roboczego po dniu, w którym otrzymujemy Twoje wypowiedzenie. Pieniądże wypłacamy w ciągu 14 Dni Roboczych od otrzymania Twojego wypowiedzenia – przelewem na Twój rachunek bankowy.
5. Wartość Rachunku wypłacamy także wtedy, gdy Umowa lub Umowa Główna Ubezpieczonego rozwiązuje się z innego powodu niż wypowiedzenie albo śmierć Ubezpieczonego Głównego. Wartość Rachunku obliczamy według Wartości Jednostek, które obowiązują następnego Dnia Roboczego po dniu rozwiązania Umowy. Pieniądże wypłacamy w ciągu 14 Dni Roboczych od dnia rozwiązania Umowy – przelewem na Twój rachunek bankowy lub – w przypadku braku takiej możliwości – w inny sposób.

ART. 16 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY, JEŚLI UMRZE UBEZPIECZONY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Jeśli Ubezpieczony umrze, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej oraz Wartość Rachunku.
2. Wartość Rachunku obliczamy, mnożąc liczbę Jednostek Funduszu z dnia śmierci Ubezpieczonego przez Wartość Jednostki w dniu, w którym otrzymaliśmy:
 - a) wniosek o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia oraz
 - b) dokumenty, które wskazujemy w OWU jako wymagane do ustalenia, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna.
3. Pieniądże wypłacamy osobom, które są uprawnione, aby otrzymać świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zgodnie z OWU, chyba że Ubezpieczony wskazał inne osoby.

ART. 17 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz dokumentów, które wskazujemy w OWU.

ART. 18 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY SUMY UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego następuje w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. W takim przypadku wypłacamy Wartość Rachunku. Obliczamy ją, mnożąc liczbę Jednostek Funduszu z dnia Twojej śmierci przez Wartość Jednostki w dniu, w którym otrzymaliśmy:

- a) wniosek o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia oraz
- b) dokumenty, które wskazujemy w OWU jako wymagane do ustalenia, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

WYKAZ OPŁAT I LIMITÓW DO UMOWY DODATKOWEJ NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI (UFK)

1. Minimalne i maksymalne składki, które obowiązują w Umowie Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK):

	Minimalna	Maksymalna
Regularna Składka Kapitałowa	50 zł	2000 zł
Dodatkowa Składka Kapitałowa	500 zł	500 000 zł

2. Opłata za zarządzanie i administrację Funduszem
Wysokość kosztów, które ponosisz w związku z zarządzaniem i administracją danym Funduszem jest wskazana w tabelach poniżej.
A. Opłaty dla Funduszy, których środki inwestujemy w jednostki uczestnictwa Subfunduszy inwestycyjnych otwartych zarządzanych przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A. (dalej Allianz TFI):

Nazwa Funduszu	Opłata w skali roku ustalana procentowo w stosunku do wartości aktywów netto każdego z Funduszy
UFK Strategia Obligacyjna	0,95%
UFK Strategia Stabilna	1,65%
UFK Strategia Zrównoważona	1,80%
UFK Strategia Akcyjna	1,95%

Allianz TFI pobiera wynagrodzenie za zarządzanie danymi Subfunduszami inwestycyjnymi, których jednostki wchodzi w skład aktywów Funduszy, jednak my, pobierając opłatę wskazaną w tabeli powyżej, pomniejszamy ją o wynagrodzenie pobierane przez Allianz TFI.

B. Opłata dla Funduszu, którego środki inwestujemy w tytuły uczestnictwa Subfunduszu zarządzanego przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny Allianz Global Investors Fund:

Nazwa Funduszu	Opłata w skali roku ustalana procentowo w stosunku do wartości aktywów netto każdego z Funduszy
UFK Strategia Akcji Europejskich	1,40%

W przypadku Subfunduszu Allianz Global Investors Fund aktywa Funduszu obciążone są także pośrednio opłatą za zarządzanie, pobieraną przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny. Wysokość opłaty za zarządzanie, pobieranej przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny prezentujemy na naszej stronie internetowej: https://www.allianz.pl/pl_PL/dla-ciebie/zycie-i-zdrowie/ubezpieczeniowe-fundusze-kapitalowe/strategia-akcji-europejskich.html. Jest ona także uwzględniona we wskaźniku kosztów całkowitych.

3. Oprócz wyżej wskazanych kosztów, aktywa Funduszu mogą być obciążone także pośrednio kosztami operacyjnymi Subfunduszy, które zostały uwzględnione w wyliczeniach prezentowanych w dokumencie zawierającym kluczowe informacje (KID) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 z dnia 26 listopada 2014 r. w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) z późniejszymi zmianami.

4. Opłata Dystrybucyjna: 2,5% obliczane od wysokości wpłaconej Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej, zgodnie z zapisami Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK).

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu nr 18/2024 i ma zastosowanie do Umów Dodatkowych na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK) do ubezpieczenia „Twoje Życie” zawartych od 16 marca 2024 r.

REGULAMIN UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH (RUFK/TZ/8/2024)

Dokument ten zawiera informacje o ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych, które mogą być dostępne w ramach umowy ubezpieczenia „Twój Plan” i Umowy dodatkowej na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) do umowy „Twoje Życie”, oraz ich celach i zasadach działania.

W ogólnych warunkach ubezpieczenia tych umów znajdziesz definicje pojęć, którymi posługujemy się także w tym dokumencie:

- Dzień Roboczy,
- Dodatkowa Składka Kapitałowa,
- Jednostki Funduszu (Jednostki),
- Rachunek,
- Regularna Składka Kapitałowa,
- Ubezpieczony,
- Uposażony,
- Uposażony Zastępczy,
- Wartość Jednostki Funduszu (Wartość Jednostki).

I. CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Dzień Wyceny** – dzień, na który wyceniamy aktywa Funduszu, ustalamy Wartość Aktywów Netto Funduszu oraz Wartość Jednostki
2. **Subfundusz** – subfundusz funduszy inwestycyjnych otwartych lub Zagranicznych Funduszy Inwestycyjnych, w którego jednostki uczestnictwa lub tytuły uczestnictwa, dalej łącznie zwane jednostkami uczestnictwa, Fundusz lokuje swoje aktywa
3. **Profil Inwestycyjny** – nasza ocena tego, jakim jesteś inwestorem, czyli jaki poziom ryzyka inwestycyjnego akceptujesz oraz jakie są Twoje oczekiwania dotyczące zysków z inwestycji. Profil ten określamy na podstawie Twoich odpowiedzi na pytania z ankiety potrzeb, które dotyczą Twojej wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie, sytuacji finansowej oraz akceptowanego poziomu ryzyka inwestycyjnego. W Profilu Inwestycyjnym wskazujemy również Fundusze dostępne dla danego profilu. Jeśli nie odpowiesz na pytania z ankiety potrzeb, to nie mamy możliwości określenia Twojego Profilu Inwestycyjnego oraz wskazania dostępnych dla Ciebie Funduszy. W takiej sytuacji możesz zawrzeć Umowę wyłącznie na żądanie
4. **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK, Fundusz)** – część naszych aktywów, która została wydzielona w celu gromadzenia i inwestowania środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych zgodnie z tym dokumentem. Fundusze różnią się poziomem ryzyka inwestycyjnego oraz inwestują w jednostki uczestnictwa różnych kategorii funduszy i subfunduszy inwestycyjnych, a przez to pośrednio w wiele instrumentów finansowych (np. obligacje, akcje, instrumenty rynku pieniężnego)
5. **Umowa** – Umowa dodatkowa na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) do umowy „Twoje Życie” albo umowa ubezpieczenia „Twój Plan”, która przewiduje ochronę ubezpieczeniową w zakresie, który wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy oraz inwestowanie Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej w Fundusze
6. **Wartość Aktywów Netto Funduszu** – wartość aktywów Funduszu pomniejszona o jego zobowiązania
7. **Wartość Godziwa** – kwota, za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie – uregulowane, na warunkach transakcji rynkowej; sposób ustalania tej wartości reguluje Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości z późniejszymi zmianami
8. **Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny** – fundusz inwestycyjny otwarty zarządzany przez spółkę, która uzyskała zezwolenie właściwego organu w państwie członkowskim Unii Europejskiej na prowadzenie działalności zgodnie z prawem wspólnotowym regulującym zasady zbiorowego inwestowania w papiery wartościowe

II. JAKIE FUNDUSZE MOGĄ BYĆ DOSTĘPNE W UMOWIE

1. W zależności od Twojego Profilu Inwestycyjnego w Umowie mogą być dostępne następujące Fundusze:
 - a) Fundusz Strategia Obligacyjna,
 - b) Fundusz Strategia Stabilna,
 - c) Fundusz Strategia Zrównoważona,
 - d) Fundusz Strategia Akcyjna,
 - e) Fundusz Strategia Akcji Europejskich.
2. Lista Funduszy, którą wskazujemy powyżej może ulegać zmianom w czasie trwania Umowy. Aktualna lista Funduszy oraz informacje o zasadach ich działania znajdują się na stronie www.allianz.pl.

III. CZYM JEST FUNDUSZ I JAK LOKUJEMY AKTYWA FUNDUSZY

1. Fundusz tworzą wyodrębnione aktywa, które zbieramy i inwestujemy zgodnie z Umową i tym Regulaminem.
2. Aktywa Funduszy są naszą własnością. Decydujemy o formach, kierunkach i sposobach ich inwestowania, zarządzania oraz przechowywania. Ty, Ubezpieczony, Uposażony, Uposażony Zastępczy ani inne osoby uprawnione z Umowy nie możecie żądać wydzielenia poszczególnych aktywów przypisanych do danego Funduszu.
3. Aktywa Funduszy lokujemy z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych, które są określone w obowiązujących nas przepisach.
4. Określamy minimalny i maksymalny udział poszczególnych rodzajów aktywów w łącznej wartości aktywów Funduszu. Kiedy ustalamy te limity, bierzemy pod uwagę:
 - a) cel inwestycyjny Funduszu oraz
 - b) profil ryzyka inwestycyjnego Funduszu.Jeśli przekroczyliśmy dany limit, to niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia przekroczenia limitu, dostosowujemy stan aktywów Funduszu do tego limitu.

IV. JAKIE SĄ ZASADY TWORZENIA I UMARZANIA JEDNOSTEK ORAZ ZASADY I TERMINY ICH WYCENY

1. Jednostki powstają w momencie wprowadzenia aktywów do Funduszu. Wartość aktywów dodanych do dotychczasowych aktywów Funduszu zostaje podzielona przez Wartość Jednostki danego Funduszu, która obowiązuje w dniu powstania tej Jednostki.
2. Umorzenie Jednostek oznacza zmniejszenie aktywów Funduszu. Wartość aktywów, które wycofujemy z Funduszu, jest równa iloczynowi liczby umorzonych Jednostek oraz Wartości Jednostki, która obowiązuje w dniu ich umorzenia.
3. Wartość Jednostki ustalamy dzieląc Wartość Aktywów Netto Funduszu przez liczbę wszystkich Jednostek danego Funduszu.
4. Wartość Jednostek Funduszy określamy na każdy Dzień Roboczy oraz na każdy ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
5. Wyceny Jednostek dokonujemy w 1. Dniu Roboczym po dniu, na który ustalamy wartość tych Jednostek.
6. Wycena Jednostki może zostać opóźniona lub może nie zostać dokonana, jeżeli z przyczyn niezależnych od nas nie dokonano wyceny jednostek uczestnictwa Subfunduszy, w które lokowane są aktywa Funduszu. W takim przypadku – przez okres, w jakim nie jest możliwe ustalenie wartości Jednostki Funduszu – nie są tworzone ani umarzane Jednostki tego Funduszu. Operacje te są realizowane niezwłocznie po ustaniu tych przeszkód, zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
7. Wartość Jednostki jest podawana z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.

V. JAKIE SĄ ZASADY WYCENY AKTYWÓW FUNDUSZU

1. Aktywa Funduszu wyceniamy zgodnie z zasadami określonymi w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności w przepisach o rachunkowości.
2. Aktywa Funduszu wyceniamy według Wartości Godziwej, która pozwala na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny.
3. Wartość aktywów Funduszu ustalamy na Dzień Wyceny na podstawie wartości z dnia wyceny jednostki uczestnictwa Subfunduszu, w którego jednostki uczestnictwa lokowane są środki Funduszu.

VI. W JAKI SPOSÓB ZMIENIAMY LISTĘ FUNDUSZY, KTÓRE OFERUJEMY W RAMACH UMOWY

1. Mamy prawo zmienić listę Funduszy, które są dostępne w Umowie. Zmiana może polegać na likwidacji Funduszu, dodaniu nowego Funduszu lub zmianie polityki inwestycyjnej Funduszu.
2. Mamy prawo zlikwidować Fundusz lub zmienić politykę inwestycyjną Funduszu z istotnych przyczyn, tj. w wyniku:
 - a) likwidacji funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - b) zmiany sytuacji prawnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - c) istotnej zmiany polityki inwestycyjnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - d) połączenia funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu z innym funduszem inwestycyjnym lub Subfunduszem,
 - e) rozwiązania z inicjatywy towarzystwa funduszy inwestycyjnych zarządzającego funduszem inwestycyjnym lub Subfunduszem (dalej: TFI), umowy z nami, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami,
 - f) objęcia TFI lub rynku, na którym działa lub rynku, na którym inwestowane są aktywa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - g) objęcia akcjonariusza TFI jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - h) rozwiązania z naszej inicjatywy umowy z TFI, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami, z powodu:
 - rażącego naruszenia warunków tej umowy lub rażącego naruszenia wykonywania umowy lub
 - utraty zaufania do TFI spowodowanej nałożeniem na TFI kary przez Komisję Nadzoru Finansowego lub Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów,
 - podniesienia przez TFI opłat pobieranych przez TFI z aktywów funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - zaistnienia uzasadnionych przesłanek, które wskazują na zagrożenie wypłacalności TFI,o ile jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, który podlega jednej z wyżej wymienionych zmian stanowią ponad 30% aktywów Funduszu lub gdy zmiana uniemożliwia realizację polityki inwestycyjnej Funduszu lub powoduje brak możliwości funkcjonowania Funduszu.
3. Niezależnie od treści ust. 2 powyżej mamy prawo zmienić politykę inwestycyjną Funduszu – poprzez usunięcie możliwości lokowania środków Funduszu w jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, w który lokowane są aktywa Funduszu z uwagi na rozwiązanie z naszej inicjatywy umowy z TFI, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami, z powodu:
 - a) objęcia TFI lub rynku, na którym działa lub rynku, na którym inwestowane są aktywa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - b) objęcia akcjonariusza TFI jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje.
4. Istotną przyczyną likwidacji Funduszu lub zmiany polityki inwestycyjnej Funduszu są również okoliczności niezależne od nas, które powodują brak możliwości funkcjonowania Funduszu na warunkach wskazanych w Umowie. Takimi okolicznościami w szczególności są zmiany w przepisach prawa, nowe wytyczne i rekomendacje wydane przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz zmiany w otoczeniu makroekonomicznym, które skutkują brakiem możliwości realizacji celu inwestycyjnego we wskazanym horyzoncie inwestycyjnym.

5. Informację o planowanej zmianie udostępniamy z co najmniej 3-miesięcznym wyprzedzeniem. Jeśli z przyczyn od nas niezależnych nie jest możliwe udostępnienie informacji z takim wyprzedzeniem, to przekazujemy ją niezwłocznie po powzięciu przez nas informacji o konieczności wprowadzenia zmiany.
6. Informację o zmianie udostępnimy w szczególności za pośrednictwem Twojego indywidualnego konta w internetowym serwisie obsługi na stronie www.allianz.pl lub pisemnie.
7. Informacja o planowanym dodaniu nowego Funduszu zawiera jego nazwę, datę utworzenia oraz opis polityki inwestycyjnej.
8. Informacja o planowanej zmianie zawiera:
 - a) nazwy Funduszy, które będą podlegać zmianie, i datę, od której ta zmiana będzie obowiązywać,
 - b) opis polityki inwestycyjnej Funduszu – w przypadku zmiany polityki inwestycyjnej Funduszu,
 - c) termin, w którym możesz złożyć:
 - wniosek o przeliczenie Jednostek Funduszu, który podlega zmianie, na Jednostki innego Funduszu,
 - oświadczenie o wyborze Funduszu, w którego Jednostki będzie alokowana część albo całość Regularnej Składki Kapitałowej, która dotychczas była alokowana w Jednostki Funduszu, który podlega zmianie.
9. W dniu likwidacji Funduszu przeniesiemy środki zgromadzone przez Ciebie w Funduszu, który podlega zmianie:
 - a) do innego, dostępnego w ramach Twojego Profilu Inwestycyjnego Funduszu, który wskazujesz w swoim wniosku lub oświadczeniu. Jeżeli wskazujesz Fundusz spoza swojego Profilu Inwestycyjnego, to taką dyspozycję składasz pisemnie i traktujemy ją jako wniosek o zmianę warunków Umowy na Twoje żądanie, albo
 - b) jeśli nie złożysz takiego wniosku lub oświadczenia albo dokumenty te nie będą zgodne z postanowieniami Umowy – do Funduszu, którego cel inwestycyjny oraz strategia lokowania aktywów są najbardziej zbliżone do celu inwestycyjnego oraz strategii lokowania aktywów Funduszu, który podlega zmianie; Fundusz ten wybieramy zgodnie z naszą najlepszą wiedzą i wskazujemy go w informacji o planowanej zmianie.

VII. ZASADY I KRYTERIA DOBORU LOKAT, KTÓRE STOSUJEMY, GDY PODEJMUJEMY DECYZJĘ O LOKOWANIU AKTYWÓW FUNDUSZY

Aktywa Funduszy lokujemy w dominującym stopniu w jednostki uczestnictwa Subfunduszy. Podstawowe informacje o polityce inwestycyjnej poszczególnych Subfunduszy znajdziesz w ostatniej części tego dokumentu: „W jakie Subfundusze mogą być lokowane aktywa Funduszy”. Podstawą decyzji o doborze Subfunduszy do Funduszu jest przede wszystkim zgodność polityki inwestycyjnej poszczególnych Subfunduszy z celem inwestycyjnym Funduszu oraz ocena efektywności zarządzania Subfunduszami.

VIII. JAKIE RYZYKA INWESTYCYJNE WIĄŻĄ SIĘ Z INWESTOWANIEM W JEDNOSTKI

1. Ryzyka inwestycyjne związane z inwestowaniem środków w Fundusze, niezależnie od innych podziałów lub klasyfikacji, które wynikają z odrębnych przepisów prawa, na potrzeby tego Regulaminu podzieliliśmy na 3 grupy:
 - a) niskie ryzyko inwestycyjne,
 - b) średnie ryzyko inwestycyjne oraz
 - c) wysokie ryzyko inwestycyjne.
2. Gdy decydujesz się na inwestowanie w Jednostki, weź pod uwagę ryzyka inwestycyjne związane z polityką inwestycyjną każdego Funduszu wraz z limitami inwestycyjnymi, które określają w szczególności proporcje między lokatami Funduszu w jednostki uczestnictwa poszczególnych rodzajów Subfunduszy.
3. Do najważniejszych ryzyk inwestycyjnych, które trzeba wziąć pod uwagę, należą:
 - a) **ryzyko nieosiągnięcia oczekiwanej stopy zwrotu**, a w szczególności nieosiągnięcia dochodu z inwestycji w Jednostki w związku z przyjętymi, w ramach polityki inwestycyjnej, proporcjami pomiędzy poszczególnymi rodzajami aktywów oraz selekcją poszczególnych składników aktywów Funduszy, głównie jednostek uczestnictwa Subfunduszy,
 - b) **ryzyko rynkowe**, które przejawia się zmiennością cen instrumentów finansowych w wyniku ogólnych tendencji na rynkach finansowych w kraju i na świecie; w szczególności nie możesz wykluczyć możliwości wystąpienia silnych spadków lub długoterminowego trendu spadkowego cen Jednostek Funduszy,

- c) **ryzyko kredytowe** emitentów instrumentów finansowych, a także ryzyko, które wynika z pogorszenia kondycji finansowej emitenta, w tym obniżenia jego wiarygodności kredytowej, co może spowodować spadek cen jednostek uczestnictwa Subfunduszy, a w związku z tym również spadek cen Jednostek Funduszy,
- d) **ryzyko specyficzne dotyczące w szczególności instrumentów udziałowych**, związane z sytuacją poszczególnych spółek (emitentów) i ich kondycją finansową, której pogorszenie może spowodować zmniejszenie ceny akcji i innych instrumentów finansowych; ryzyko to ograniczamy poprzez lokowanie aktywów Funduszu w jednostki uczestnictwa Subfunduszy, których portfele papierów wartościowych są zdywersyfikowane,
- e) **ryzyko płynności** wynikające z możliwości wystąpienia sytuacji, w której ze względu na niskie obroty danym instrumentem finansowym nie jest możliwe dokonanie transakcji pakietem tych instrumentów finansowych bez znaczącego wpływu na ich ceny, co może niekorzystnie wpłynąć na ceny jednostek uczestnictwa Subfunduszy, a przez to ceny Jednostek Funduszy. Ryzyko płynności obejmuje również ryzyko wstrzymania odkupień jednostek uczestnictwa Subfunduszy, wchodzących w skład aktywów Funduszy,
- f) **ryzyko walutowe**, związane z możliwością straty lub zmniejszenia zysku w wyniku niekorzystnych zmian kursów walut; zmiany te negatywnie wpływają na wartość składników aktywów lub zobowiązania Funduszu, a przez to także na cenę Jednostki,

- g) **ryzyko inflacji**, które może wpłynąć na ceny jednostek uczestnictwa Subfunduszy, a przez to ceny Jednostek Funduszy oraz wpływa na wysokość zrealizowanej przez Fundusze realnej stopy zwrotu,
- h) **ryzyko likwidacji funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu**, którego jednostki uczestnictwa są przedmiotem lokat Funduszy, która to likwidacja może prowadzić do sprzedaży aktywów funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu po zaniżonych cenach, co może skutkować tym, że stracisz część lub całość zgromadzonych przez Ciebie środków,
- i) **ryzyko zmiany polityki inwestycyjnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu**, którego jednostki uczestnictwa są przedmiotem lokat Funduszy, co może negatywnie wpłynąć na wartość zgromadzonych przez Ciebie środków.
4. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem w Jednostki ponosisz Ty oraz osoba uprawniona do otrzymania wypłaty z tytułu śmierci.

IX. JAKIE FUNDUSZE SĄ DOSTĘPNE W POSZCZEGÓLNYCH PROFILACH INWESTYCYJNYCH

1. Profile Inwestycyjne oraz dostępne w ramach tych Profili Fundusze wskazujemy w tabeli:

Profil Inwestycyjny (od najniższego do najwyższego ryzyka inwestycyjnego)	Dostępne Fundusze	Ryzyko inwestycyjne
Ostrożny W tym profilu ochrona kapitału oraz stabilność inwestycji są najważniejsze. Poziom ryzyka inwestycyjnego jest niski, okresowo średni. Zwrot z inwestycji może być jednak niższy niż poziom inflacji, a w pewnych okresach nawet ujemny.	Fundusz rekomendowany: Fundusz Strategia Obligacyjna Fundusz jest przeznaczony dla osób, które akceptują jedynie niski (okresowo średni) poziom ryzyka i oczekują stabilnego wzrostu oszczędności.	Niskie, okresowo średnie
Umiarkowany W tym profilu oprócz ochrony kapitału istotne jest również uzyskanie dochodu przy akceptacji średniego poziomu ryzyka inwestycyjnego.	Fundusz rekomendowany: Fundusz Strategia Stabilna Fundusz jest przeznaczony dla osób, które oczekują stabilnego wzrostu oszczędności w średnim okresie, przy akceptacji średniego ryzyka inwestycyjnego, a jednocześnie akceptują okresowo podwyższoną zmienność ceny Jednostki Funduszu.	Średnie
	Inny Fundusz dostępny w ramach tego Profilu Inwestycyjnego: Fundusz Strategia Obligacyjna	Niskie, okresowo średnie
Zrównoważony W tym profilu charakterystyczna jest średnia tolerancja ryzyka inwestycyjnego. Inwestorzy oczekują wzrostu wartości inwestycji w długim okresie, a poziom ryzyka inwestycyjnego jest średni.	Fundusz rekomendowany: Fundusz Strategia Zrównoważona Fundusz jest przeznaczony dla osób, których celem jest osiągnięcie wysokich dochodów z inwestycji w długim horyzoncie inwestycyjnym, przy niższym ryzyku niż w przypadku funduszy akcyjnych ale jednocześnie przy akceptacji wyższej zmienności niż w przypadku Profilu Umiarkowanego.	Średnie
	Inne Fundusze dostępne w ramach tego Profilu Inwestycyjnego: Fundusz Strategia Stabilna Fundusz Strategia Obligacyjna	Średnie Niskie, okresowo średnie
Dynamiczny W tym profilu charakterystyczna jest skłonność do ponoszenia wysokiego ryzyka inwestycyjnego w oczekiwaniu na wysokie stopy zwrotu.	Fundusze rekomendowane: Fundusz Strategia Akcyjna Fundusz Strategia Akcji Europejskich Oba te Fundusze są przeznaczone dla osób oczekujących w długim horyzoncie inwestycyjnym wysokich dochodów poprzez inwestycje na rynkach akcji (Fundusz Strategia Akcyjna) lub w dominującym stopniu na europejskich rynkach akcji (Fundusz Strategia Akcji Europejskich), które charakteryzują się jednocześnie wysoką zmiennością.	Wysokie Wysokie
	Inne Fundusze dostępne w ramach tego Profilu Inwestycyjnego: Fundusz Strategia Zrównoważona Fundusz Strategia Stabilna Fundusz Strategia Obligacyjna	Średnie Średnie Niskie, okresowo średnie

2. Twój Profil Inwestycyjny oraz Fundusze, które są dostępne w ramach tego profilu, wskazujemy w rekomendacji ubezpieczenia, którą przedstawiamy po wypełnieniu przez Ciebie ankiety potrzeb.
3. Jeśli odmawiasz odpowiedzi na pytania z ankiety potrzeb i zawierasz Umowę na żądanie, to masz dostęp do wszystkich Funduszy.
4. Nie rekomendujemy zmian w Umowie z wykorzystaniem Funduszu o wyższym ryzyku inwestycyjnym, niż wynika to z Twojego Profilu

Inwestycyjnego. Jeśli jednak chcesz uzyskać dostęp do takiego Funduszu, składasz pisemny wniosek o zmianę Umowy. W wyniku takiej zmiany będziesz mieć dostęp do Funduszy:

- z Twojego dotychczasowego Profilu Inwestycyjnego oraz
- z Profilu Inwestycyjnego, w którym jest dostępny Fundusz, o który wnioskujesz.

Wprowadzenie takich zmian w Umowie potwierdzamy odrębną korespondencją.

X. JAKIE SĄ CELE ORAZ ZASADY DZIAŁANIA FUNDUSZY

Szczegółowe informacje o wszystkich Subfunduszach, ich celach i polityce inwestycyjnej znajdziesz w następnej części tego dokumentu:
„W jakie Subfundusze mogą być lokowane aktywa Funduszy”.

1. Fundusz Strategia Obligacyjna

Cel inwestycyjny Funduszu	Średnioterminowy i stabilny wzrost wartości Jednostki Funduszu
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Niskie, okresowo średnie
Zmienność wartości Jednostki	Wartość Jednostki może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych oraz zmian rynkowej wyceny wiarygodności kredytowej emitentów.
Profil Inwestycyjny	Ostrożny

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Obligacji Dynamiczny
2. Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych
3. Allianz Obligacji Globalnych
4. Allianz Dochodowy

Zaangażowanie Funduszu Strategia Obligacyjna w jednostki uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy, które wymieniamy wyżej wynosi od 0% do 100% wartości aktywów Funduszu, przy czym łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Obligacyjna w jednostki Subfunduszy będzie wynosiło od 90% do 100% wartości aktywów Funduszu.

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dobieranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami uczestnictwa Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

2. Fundusz Strategia Stabilna

Cel inwestycyjny Funduszu	Uzyskanie w długim terminie dochodu poprzez inwestycje w dłużne papiery wartościowe i akcje
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Średnie
Zmienność wartości Jednostki	Wartość Jednostki może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych, zmian rynkowej wyceny wiarygodności kredytowej emitentów oraz stanu koniunktury na rynkach akcji na świecie i w kraju.
Profil Inwestycyjny	Umiarkowany

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Akcji Globalnych
2. Allianz Selektywny
3. Allianz Akcji Małych i Średnich Spółek
4. Allianz Turbo Akcji
5. Allianz Obligacji Dynamiczny
6. Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych
7. Allianz Obligacji Globalnych

Łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Stabilna w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze akcyjnym wynosi od 35% do 45% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze akcyjnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 45%), zaś zaangażowanie w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze

dłużnym wynosi od 55% do 65% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze dłużnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 65%).

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dobieranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami uczestnictwa Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

3. Fundusz Strategia Zrównoważona

Cel inwestycyjny Funduszu	Uzyskanie w długim terminie dochodu głównie poprzez inwestycje w akcje i dłużne papiery wartościowe
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Średnie
Zmienność wartości Jednostki	Wartość Jednostki może podlegać istotnym zmianom oraz tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od stanu koniunktury na rynkach akcji i obligacji na świecie i w kraju.
Profil Inwestycyjny	Zrównoważony

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Akcji Globalnych
2. Allianz Selektywny
3. Allianz Akcji Małych i Średnich Spółek
4. Allianz Turbo Akcji
5. Allianz Obligacji Dynamiczny
6. Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych
7. Allianz Obligacji Globalnych

Łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Zrównoważona w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze akcyjnym wynosi od 55% do 65% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze akcyjnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 65%), zaś zaangażowanie w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze dłużnym wynosi od 35% do 45% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze dłużnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 45%).

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dobieranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami uczestnictwa Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

4. Fundusz Strategia Akcyjna

Cel inwestycyjny Funduszu	Uzyskanie dochodu w długim terminie poprzez inwestycje na krajowym i zagranicznych rynkach akcji
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Wysokie
Zmienność wartości Jednostki	Bardzo wysoka (może podlegać zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym tendencjom spadkowym). Wartość Jednostki w znacznym stopniu zależy przede wszystkim od koniunktury na rynkach akcji na świecie i w kraju.
Profil Inwestycyjny	Dynamiczny

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Akcji Globalnych
2. Allianz Selektywny

3. Allianz Akcji Małych i Średnich Spółek

4. Allianz Turbo Akcji

Zaangażowanie Funduszu Strategia Akcyjna w jednostki uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy, które wymieniamy wyżej, wynosi od 0% do 100% wartości aktywów Funduszu, przy czym łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Akcyjna w jednostki tych Subfunduszy będzie wynosiło od 90% do 100% wartości aktywów Funduszu.

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, doboranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

5. Fundusz Strategia Akcji Europejskich

Cel inwestycyjny Funduszu	Uzyskanie dochodu w długim terminie poprzez inwestycje w dominującym stopniu na europejskich rynkach akcji
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Wysokie
Zmienność wartości Jednostki	Bardzo wysoka (może podlegać zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym tendencjom spadkowym). Wartość Jednostki zależy przede wszystkim od koniunktury na rynkach akcji, zwłaszcza europejskich.
Profil Inwestycyjny	Dynamiczny

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa Subfunduszu Allianz Europe Equity Growth Select, który jest subfunduszem Zagranicznego Funduszu Inwestycyjnego Allianz Global Investors Fund, ustanowionego jako podmiot SICAV z siedzibą w Luksemburgu i zarządzanego przez spółkę Allianz Global Investors GmbH. SICAV (fr. Societe d'Investissement A Capital Variable) to rozpowszechniony w Europie Zachodniej model prawny spółek inwestycyjnych, w ramach których tworzone są i funkcjonują fundusze inwestycyjne.

Zaangażowanie Funduszu Strategia Akcji Europejskich w jednostki uczestnictwa tego Subfunduszu będzie wynosiło od 80% do 100% wartości aktywów Funduszu.

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dążąc do osiągnięcia celu inwestycyjnego przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami Subfunduszy, do 20% aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

W celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Fundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.

XI. W JAKIE SUBFUNDUSZE MOGĄ BYĆ LOKOWANE AKTYWA FUNDUSZY

1. Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z”, czyli w jedną z kategorii jednostek uczestnictwa zbywanych przez Allianz Fundusz Inwestycyjny Otwarty i jednostki uczestnictwa kategorii „WT EUR”, czyli jedną z kategorii jednostek uczestnictwa zbywanych przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny Allianz Global Investors Fund, następujących Subfunduszy:

Nazwa Subfunduszu	Charakterystyka Subfunduszu oraz jego cele i polityka inwestycyjna
Allianz Dochodowy, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje do 100% wartości aktywów w skarbowe instrumenty rynku pieniężnego, skarbowe dłużne papiery wartościowe oraz w instrumenty rynku pieniężnego i dłużne papiery wartościowe gwarantowane lub poręczone przez Skarb Państwa oraz w depozyty w bankach krajowych. Subfundusz może inwestować do 100% wartości aktywów w nieskarbowe instrumenty rynku pieniężnego oraz nieskarbowe dłużne papiery wartościowe pod warunkiem, że ich emitent lub podmiot wystawiający gwarancję lub poręczenie posiada ocenę ratingową na poziomie inwestycyjnym przyznaną przez co najmniej jedną z głównych instytucji ratingowych, z zastrzeżeniem, że maksymalnie do 10% aktywów Subfunduszu dopuszcza się udział papierów nieskarbowych, które nie spełniają powyższego warunku. Subfundusz może również lokować w jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na terytorium Polski, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, pod warunkiem, że te fundusze lub instytucje wspólnego inwestowania lokują swoje aktywa głównie w nieskarbowe dłużne instrumenty finansowe. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Obligacji Globalnych, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 80% do 100% wartości aktywów netto w inne fundusze inwestycyjne dłużne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych lub tytuły uczestnictwa instytucji wspólnego inwestowania mających siedzibę za granicą). Subfundusz lokuje w fundusze inwestycyjne, które inwestują co najmniej połowę aktywów w dłużne papiery wartościowe dopuszczone do obrotu na rynku zorganizowanym w państwie innym niż Polska. Od 0% do 20% wartości aktywów netto może być lokowane w instrumenty dłużne. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje co najmniej 80% wartości aktywów netto Subfunduszu w nieskarbowe instrumenty rynku pieniężnego, nieskarbowe dłużne papiery wartościowe oraz w jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, pod warunkiem, że wyżej wymienione fundusze lub instytucje wspólnego inwestowania lokują swoje aktywa głównie w nieskarbowe dłużne instrumenty finansowe. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.

Nazwa Subfunduszu	Charakterystyka Subfunduszu oraz jego cele i polityka inwestycyjna
Allianz Obligacji Dynamiczny, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje co najmniej 80% wartości aktywów netto Subfunduszu w dłużne papiery wartościowe oraz instrumenty rynku pieniężnego. Pozostałą część wartości aktywów netto mogą stanowić inne instrumenty dłużne (w tym m.in. depozyty bankowe) oraz jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna przewiduje lokowanie w instrumenty finansowe o charakterze dłużnym. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Turbo Akcji, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze akcyjnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 80% do 150% wartości aktywów netto w akcje oraz instrumenty finansowe o podobnym poziomie ryzyka. Subfundusz może lokować także w inne fundusze inwestycyjne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) oraz w instrumenty dłużne. Subfundusz może ponosić ryzyko wyższe niż typowy fundusz inwestycyjny akcyjny. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Akcji Małych i Średnich Spółek, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze akcyjnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 80% do 100% wartości aktywów netto w akcje i podobne instrumenty (warranty subskrypcyjne, prawa do akcji, prawa poboru, kwity depozytowe, obligacje zamienne). Subfundusz lokuje przede wszystkim w akcje oraz inne instrumenty oparte o akcje małych i średnich spółek, przez które rozumie się spółki, których waga w indeksie WIG jest mniejsza niż 2%. Instrumenty dłużne mogą stanowić od 0% do 20% wartości aktywów netto. Inne fundusze inwestycyjne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) i pozostałe lokaty opisane w statucie mogą stanowić od 0% do 10% wartości aktywów netto. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Selektywny, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze akcyjnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 80% do 100% wartości aktywów netto w akcje i podobne instrumenty (warranty subskrypcyjne, prawa do akcji, prawa poboru, kwity depozytowe i obligacje zamienne). Instrumenty dłużne mogą stanowić od 0% do 20% wartości aktywów netto. Inne fundusze inwestycyjne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) i pozostałe lokaty opisane w statucie mogą stanowić od 0% do 10% wartości aktywów netto. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Akcji Globalnych, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz o charakterze akcyjnym, który inwestuje w dominującym stopniu na rynkach zagranicznych. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje przynajmniej 80% wartości aktywów netto w inne fundusze inwestycyjne akcyjne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa funduszy zagranicznych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych lub tytuły uczestnictwa instytucji wspólnego inwestowania mających siedzibę za granicą). Subfundusz lokuje w fundusze inwestycyjne, które inwestują przynajmniej połowę swoich aktywów w akcje w krajach innych niż Polska. Od 0% do 20% wartości aktywów netto może być lokowane w akcje i podobne instrumenty (warranty subskrypcyjne, prawa do akcji, prawa poboru, kwity depozytowe, obligacje zamienne, papiery wartościowe). Od 0% do 20% wartości aktywów netto może być lokowane w instrumenty dłużne. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Europe Equity Growth Select subfundusz Allianz Global Investors Fund	Subfundusz o charakterze akcyjnym, który inwestuje w dominującym stopniu w Europie. Cel Subfunduszu: długoterminowy wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Celem inwestycyjnym Subfunduszu jest długoterminowy wzrost kapitału dzięki inwestycjom w dominującym stopniu na europejskich rynkach kapitałowych, ze szczególnym uwzględnieniem akcji spółek wzrostowych posiadających dużą kapitalizację rynkową. Spółki posiadające dużą kapitalizację rynkową to spółki, których kapitalizacja rynkowa w dniu dokonania lokaty wynosi co najmniej 5 mld EUR. Przynajmniej 70% aktywów Subfunduszu jest bezpośrednio inwestowanych w akcje. Spółki wzrostowe są spółkami, które zdaniem zarządzających tym Subfunduszem będą w stanie powiększać skalę działalności czy zwiększać zyski. Nie musi to oznaczać, że ceny ich akcji wzrosną. Na ceny akcji, a przez to także na wynik Funduszu, wpływają także inne czynniki, takie jak np. oczekiwania inwestorów (przykładowo cena akcji spółki, która zwiększa zyski wolniej niż oczekują analitycy, może spaść). W celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne. Subfundusz jest produktem inwestycyjnym, który promuje między innymi aspekt środowiskowy lub społeczny, lub oba te aspekty, chociaż jego celem nie są zrównoważone inwestycje (art. 8 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/2088 z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie ujawniania informacji związanych ze zrównoważonym rozwojem w sektorze usług finansowych).

2. Informacje o zasadach działania Subfunduszy zarządzanych przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska Spółka Akcyjna, ich polityce inwestycyjnej oraz kryteriach doboru lokat są zawarte w statutach funduszy (inwestycyjnych), prospektach informacyjnych, dokumentach zawierających kluczowe informacje (KID) oraz kartach subfunduszy, dostępnych w dokumentach do pobrania na stronie internetowej www.allianz.pl, w części poświęconej inwestycjom, w zakładce dotyczącej funduszy TFI. Informacje dotyczące

subfunduszu Allianz Europe Equity Growth Select, zarządzanego przez Allianz Global Investors GmbH, są dostępne na stronie <https://lu.allianzgi.com/>, w części Our Funds.

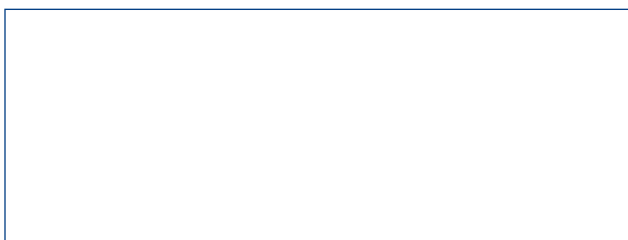
Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu 121/2024 i wchodzi w życie 13 grudnia 2024 r.

TU Allianz Życie Polska S.A.

ul. Inflancka 4B

00-189 Warszawa

Skontaktuj się z agentem



Infolinia: 224 224 224 opłata zgodna z taryfą danego operatora

www.allianz.pl



ALLIANZ COMMERCIAL

Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla Klientów Korporacyjnych

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej dla Klientów Korporacyjnych

W tabeli wskazujemy, które postanowienia O.W.U. zawierają informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Pojęcia zdefiniowane w tych O.W.U., mają znaczenie nadane im w O.W.U. Ilekroć w tabeli poniżej wskazujemy na postanowienie, w którego treści odwołujemy się do pojęć zdefiniowanych w § 3 O.W.U., to każdorazowo dane postanowienie należy odczytywać łącznie z brzmieniem definicji pojęcia mającego zastosowanie w danym postanowieniu.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 1 ust. 1, § 4, § 5, § 6, § 9, § 10 ust. 7, § 12 ust.1, § 15 ust. 1-4. W zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia, umowa może obejmować także ochronę opisaną w Klauzulach dodatkowych zawartych w: – Załączniku nr 1 do O.W.U: Klauzula nr 1 ust. 1, Klauzula nr 2 ust. 1-2, Klauzula nr 3 ust. 1, Klauzula nr 4 ust. 1-3, 5, Klauzula nr 5 ust. 1, Klauzula nr 6 ust. 1-3, Klauzula nr 7 ust. 1-3, Klauzula nr 8 ust. 1-4, 6, Klauzula nr 9 ust. 1-5, Klauzula nr 10 ust. 1. (informacje zawarte powyżej w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w § 3) – Załączniku nr 2 do O.W.U.: Klauzula kosztów ochrony prawnej ust. 1, 3, 10, 12.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 1-6, § 5 ust. 2, § 7, § 8, § 9 ust. 5-7, § 10 ust. 5, 7, § 11 ust. 4, § 12 ust. 1-5, § 13 ust. 4, § 14 ust. 1, 4, § 15 ust. 2-3. W zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia, w umowie mogą mieć zastosowanie również poniższe wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności opisane w Klauzulach dodatkowych zawartych w Załączniku nr 1 do O.W.U.: Klauzula nr 1 ust. 1-2, Klauzula nr 2 ust. 2-5, Klauzula nr 3 ust. 2, Klauzula nr 4 ust. 4-5, Klauzula nr 5 ust. 2-3, Klauzula nr 6 ust. 2-4, Klauzula nr 7 ust. 2-4, Klauzula nr 8 ust. 3-5, Klauzula nr 9 ust. 3,6, Klauzula nr 10 ust. 2. Informacje zawarte powyżej w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w § 3. Do ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej znajdują zastosowanie również poniższe wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności opisane w Klauzuli kosztów ochrony prawnej zawartej w Załączniku nr 2 do O.W.U.: Klauzula kosztów ochrony prawnej ust. 3-4, 7, 11, 21.

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej, zwanych dalej O.W.U., Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej „Allianz”, zawiera z **Ubezpieczającymi** posiadającymi zdolność do czynności prawnych, umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za **Szkody** powstałe w związku z prowadzoną przez nich działalnością gospodarczą wskazaną w **Umowie ubezpieczenia** i posiadany mieniem, które jest wykorzystywane w takiej działalności.
2. **Ubezpieczający** może zawrzeć **Umowę ubezpieczenia** na swoją rzecz lub na cudzy rachunek.

§ 2. Wprowadzanie do Umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych – uzupełniających lub zmieniających jej treść

1. Za porozumieniem stron do **Umowy ubezpieczenia** mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe. Postanowienia dodatkowe mogą uzupełniać lub zmieniać treść **Umowy ubezpieczenia** zawartej na podstawie tych O.W.U.
2. Postanowieniami dodatkowymi są w szczególności Klauzule zawarte w Załączniku nr 1 do tych O.W.U.
3. Postanowienia dodatkowe mogą być wprowadzone do **Umowy ubezpieczenia** z zachowaniem formy pisemnej lub elektronicznej pod rygorem nieważności.

§ 3. Objasnienia pojęć użytych w O.W.U

Pojęcia zdefiniowane zostały wyróżnione w treści tych O.W.U. wielką literą i pogrubionym drukiem. Pojęcia te mają następujące znaczenie:

1. **Choroba zakaźna** – każda infekcja, która może być przenoszona za pomocą dowolnej substancji lub czynnika z dowolnego organizmu na inny organizm, przy czym:
 - a. przez substancje lub czynniki rozumie się w szczególności wirusy, bakterie, pasożyty oraz inne organizmy, jak również wszelkie ich odmiany (mutacje), uważane za żyjące lub nie, oraz
 - b. sposób przeniesienia (transmisji) obejmuje w szczególności przenoszenie dróg powietrzną, drogą kropelkową (poprzez przeniesienie płynów ustrojowych), przenoszenie z lub na jakkolwiek powierzchnię, organizm lub obiekt, ciecz lub gaz lub między organizmami, oraz
 - c. infekcja, substancja lub czynnik mogą powodować lub zagrażać powstaniem **Szkody**.
2. **Czysta Strata Finansowa** – uszczerbek majątkowy, który nie jest **Szkodą Rzeczową** ani **Szkodą Osobową**. Utrata rzeczy, w tym utrata możliwości korzystania z rzeczy nie stanowią **Czystej Straty Finansowej**.
3. **Dane** – fakty, pojęcia lub informacje, oprogramowanie lub inne kodowane instrukcje (zestawy reguł) wyrażone w sposób sformalizowany, nadające się do komunikacji, interpretacji lub **Przetwarzania**.
4. **Dane osobowe** – **Dane** odnoszące się do oznaczonej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej; przy czym przez możliwą do zidentyfikowania osobę fizyczną należy rozumieć osobę, której tożsamość może być ustalona bezpośrednio lub pośrednio, w szczególności za pomocą danych takich jak imię i nazwisko, numer identyfikacyjny, lokalizacja, identyfikator sieciowy (adres IP) lub za pomocą co najmniej jednego konkretnego czynnika opisującego fizyczną, fizjologiczną, genetyczną, psychiczną, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość tej osoby fizycznej.
5. **Franszyza integralna** – określona w **Umowie ubezpieczenia**, kwotowo lub poprzez wskazanie sposobu jej wyliczenia, wartość nieubezpieczonej części **Szkody** w odniesieniu do każdego **Wypadku ubezpieczeniowego**. Do wysokości **Franszyzy integralnej** Allianz nie wypłaca żadnych świadczeń ani nie pokrywa żadnych kosztów, a w przypadku przekroczenia jej wysokości świadczenie wypłacane jest w całości. **Franszyzy integralnej** nie stosuje się do **Szкод Osobowych**.
6. **Franszyza redukcyjna** – określona w **Umowie ubezpieczenia**, kwotowo lub poprzez wskazanie sposobu jej wyliczenia, wartość, o którą pomniejszane są łączne świadczenia wypłacane przez Allianz z tytułu każdego **Wypadku ubezpieczeniowego**. **Franszyzy redukcyjnej** nie stosuje się do **Szкод Osobowych**.
7. **Krzywdą** – uszczerbek w niemajątkowych dobrach **Poszkodowanego**, który powstał w następstwie śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

8. **Naruszenie bezpieczeństwa sieci** – technologiczna awaria systemu bezpieczeństwa komputerowego lub innych technologicznych środków bezpieczeństwa – będących własnością **Ubezpieczonego**, użytkowanych lub posiadanych przez niego na podstawie innego tytułu prawnego lub zagubionych przez **Ubezpieczonego** lub udostępnianych **Ubezpieczonemu** w celu **Przetwarzania danych** – prowadząca do nieuprawnionego dostępu lub kradzieży **Danych**, utraty operacyjnej kontroli nad **Danymi**, przeniesienia wirusa lub złośliwego kodu lub odmowy dostępu.
9. **Obrót** – ogólna suma wpływów brutto ze sprzedaży towarów lub **Usług** w okresie jednego roku.
10. **Osoba bliska** – mąż, żona, konkubent, konkubina, brat, siostra, wstępni, zstępni, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teść, teściowa, zięć, synowa, przysposabiający, przysposobiony.
11. **Poszkodowany** – każda osoba, która doznała **Szkody** na skutek **Wypadku ubezpieczeniowego**.
12. **Podlimit** – ustalona w ramach **Sumy gwarancyjnej** wartość kwotowa, ograniczająca maksymalną odpowiedzialność Allianz z tytułu ryzyk określonych w tych O.W.U. lub poszczególnych Klauzulach dodatkowych zawartych w Załączniku nr 1 do tych O.W.U., określonego rodzaju **Szкод** bądź z tytułu jednego **Wypadku ubezpieczeniowego**.
13. **Podwykonawca** – osoba fizyczna niebędąca **Pracownikiem** w rozumieniu tych O.W.U., osoba prawna bądź jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, za pomocą której **Ubezpieczony** wykonuje ciężące na nim zobowiązanie wynikające z istniejącego stosunku prawnego.
14. **Pracownik** – osoba wykonująca czynności na rzecz **Ubezpieczonego** oraz pod jego kierownictwem, która:
 - a. pozostaje z **Ubezpieczonym** w stosunku pracy lub,
 - b. świadczy dla **Ubezpieczonego** usługi na podstawie umów cywilnoprawnych.Za **Pracownika** uważa się także praktykanta, wolontariusza, stażystę, pracownika tymczasowego, którym **Ubezpieczony** powierzył wykonywanie określonych czynności na jego rzecz i pod jego kierownictwem.
15. **Producent** – podmiot, który wytwarza **Produkt** w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Za **Producenta** uważa się także dystrybutora, dostawcę lub importera **Produktu** lub jego części składowe.
16. **Produkt** – każda rzecz ruchoma, choćby została połączona z inną rzeczą. Za **Produkt** uważa się także energię elektryczną i ciepłą oraz zwierzęta.
17. **Produkt końcowy** – **Produkt**, który został wytworzony przez osobę inną niż **Ubezpieczony** z użyciem **Produktu** dostarczonego przez **Ubezpieczonego**.
18. **Przetwarzanie** – operacje dokonywane na **Danych**, w szczególności gromadzenie, rejestrowanie, organizowanie, strukturyzacja, przechowywanie, adaptacja lub zmiana, odzyskiwanie, konsultowanie, wykorzystywanie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie, a także ujawnianie poprzez przekazywanie, rozpowszechnianie lub udostępnianie w inny sposób.
19. **Reprezentanci Ubezpieczonego** – osoby fizyczne, będące członkami zarządów lub innych organów zarządzających lub nadzorczych **Ubezpieczonego**, prokurenci, wspólnicy spółek nieposiadających osobowości prawnej (poza komandytariuszami w spółce komandytowej i akcjonariuszami w spółce komandytowo-akcyjnej) lub **Pracownicy** uprawnieni do reprezentacji **Ubezpieczonego** wobec osób trzecich, jednakże wyłącznie w zakresie reprezentacji.
20. **Stan pod wpływem alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia 0,2 promila alkoholu lub więcej, lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi, lub prowadzi do stężenia 0,1 mg, lub więcej.
21. **Stan pod wpływem środków narkotycznych** – stan po użyciu środków odurzających lub po użyciu substancji psychotropowych, lub po użyciu środków zastępczych, lub po użyciu nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
22. **Substancja niebezpieczna** – jakiegokolwiek stałe, ciekłe, gazowe, termiczne środki drażniące lub zanieczyszczające, w szczególności: dymy, wyziewy, sadza, opary, kwasy, zasady, chemikalia, odpady lub inne środki drażniące.
23. **Suma gwarancyjna** – określona w **Umowie ubezpieczenia** i potwierdzona w polisie wartość kwotowa, która stanowi górną granicę odpowiedzialności Allianz na podstawie **Umowy ubezpieczenia**.
24. **Szkoda** – **Szkoda rzeczowa**, **Szkoda osobowa** lub **Czysta Strata Finansowa**.
25. **Szkoda Rzeczowa** – uszczerbek majątkowy, który powstał w wyniku uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy należącej do **Poszkodowanego**, a także utracenie korzyści, które **Poszkodowany** mógłby osiągnąć, gdyby rzecz ta nie została zniszczona lub uszkodzona;

26. **Szkoda Osobowa** – uszczerbek majątkowy, który powstał w następstwie śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracenie korzyści, które **Poszkodowany** mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. **Szkodą osobową** w rozumieniu tych O.W.U. jest także **Krzywdą**.
27. **Ubezpieczający** – podmiot, który zawarł **Umowę ubezpieczenia** i jest zobowiązany do zapłaty składki;
28. **Ubezpieczony** – podmiot, którego odpowiedzialność cywilna objęta jest ubezpieczeniem w zakresie wskazanym w **Umowie ubezpieczenia**, a także **Reprezentanci Ubezpieczonego** lub **Pracownicy** – w zakresie **Szkieł** wyrzdzonych w związku z wykonywaniem obowiazków służbowych lub czynności faktycznych i prawnych na rzecz **Ubezpieczonego**;
29. **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawarta na podstawie tych O.W.U.
30. **Usługa** – prace, roboty lub inne czynności wykonywane przez **Ubezpieczonego** na rzecz dającego zlecenie. Na potrzeby ochrony ubezpieczeniowej świadczonej na podstawie tych O.W.U. przez **Usługę** rozumie się również prace, roboty lub inne czynności, które zostały zakończone przez **Ubezpieczonego** i przekazane odbiorcy; jeżeli jakiegolwiek prace, roboty lub inne czynności pomimo ich zakończenia i odebrania przez zleceniodawcę wymagają poprawek, napraw lub zastąpienia, będą one traktowane jak zakończone i przekazane **Usługi**;
31. **Wartości pieniężne** – krajowe i zagraniczne znaki pieniężne, czek, weksle i inne nośniki zastępujące w obrocie gotówkę, złoto, srebro i wyroby z tych metali, perły, kamienie szlachetne, platyna i pozostałe metale z grupy platynowców;
32. **Wprowadzenie do obrotu** – trwała lub okresowa utrata władztwa nad **Produktem** przez **Producenta** w celu jego przeniesienia na inną osobę.
33. **Wypadek cyber** –
 - a. nieautoryzowane **Przetwarzanie Danych** przez **Ubezpieczonego**,
 - b. naruszenie prawa i przepisów dotyczących utrzymania lub ochrony **Danych**,
 - c. **Naruszenie bezpieczeństwa sieci**.**Wypadkiem cyber** nie jest uszkodzenie **Danych Poszkodowanego** przez **Ubezpieczonego**, jeśli nie doszło do **Naruszenia bezpieczeństwa sieci**,
34. **Wypadek seryjny** – wszystkie **Wypadki ubezpieczeniowe** wynikające z tej samej przyczyny, niezależnie od terminu ich faktycznego powstania oraz liczby **Poszkodowanych**; przy czym za datę jego wystąpienia przyjmuje się, datę zajścia pierwszego z **Wypadków ubezpieczeniowych**. Na potrzeby ustalenia odpowiedzialności Allianz Wypadek seryjny uważa się za jeden **Wypadek ubezpieczeniowy**;
35. **Wypadek ubezpieczeniowy** – powstanie w okresie ubezpieczenia **Szkody** objętej ochroną ubezpieczeniową.

§ 4. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest odpowiedzialność cywilna **Ubezpieczonego** za **Szkody** wyrzdzone **Poszkodowanemu** w związku z prowadzeniem przez **Ubezpieczonego** działalności określonej w **Umowie ubezpieczenia** lub posiadanym mieniem, które jest wykorzystywane w takiej działalności, będąca następstwem:
 - 1) czynu niedozwolonego (odpowiedzialność deliktowa) lub
 - 2) niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność kontraktowa).
 Dla **Szkieł** w postaci **Czystych Strat Finansowych** ustanawia się **Podlimit** nie wyższy jednak niż 5 000 000 złotych. W przypadku, gdy ustalona w **Umowie ubezpieczenia Suma gwarancyjna** jest niższa niż **Podlimit** opisany w zdaniu poprzedzającym, przyjmuje się, że wartość **Podlimitu** odpowiedzialności za **Czyste Straty Finansowe** jest w takim przypadku równa **Sumie gwarancyjnej**.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje także odpowiedzialność cywilną **Ubezpieczonego** za **Szkody** wyrzdzone wskutek rażącego niedbalstwa albo winy umyślnej, jednakże z zastrzeżeniem wyłączenia zawartego w § 8 ust. 1.
3. W przypadku wady **Produkту** lub **Usługi** lub dostarczenia **Produkту** lub **Usługi** innych niż zamówione, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną **Ubezpieczonego** za **Szkody osobowe** lub **Szkody rzeczowe**, chyba że ochrona ubezpieczeniowa została rozszerzona o odpowiedzialność za **Czyste Straty Finansowe** poprzez wtączenie do **Umowy ubezpieczenia** klauzul zawartych w Załączniku nr 1 do tych O.W.U.
4. Ochrona ubezpieczeniowa opisana w ust. 3 obejmuje każdy **Produkt** wytworzony lub **Wprowadzony do obrotu** przez **Ubezpieczonego** lub osobę działającą w jego imieniu w zakresie

działalności gospodarczej **Ubezpieczonego** wskazanej w **Umowie ubezpieczenia**.

5. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną **Ubezpieczonego** za **Szkody** wyrzdzone przez jego **Pracownika** lub **Podwykonawcę**. W takim przypadku Allianz rezygnuje z prawa do dochodzenia roszczenia zwrotnego, które przysługiwałoby **Ubezpieczonemu** w stosunku do **Podwykonawcy** odpowiedzialnego za **Szkodę** (rezygnacja z prawa do regresu), w przypadku gdy łączna wartość roszczeń zwrotnych wynikających z tego **Wypadku ubezpieczeniowego** nie przekracza kwoty 1 000 000 zł.
6. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną **Ubezpieczonych** za **Szkody** wyrzdzone innym **Ubezpieczonym** na podstawie tej samej **Umowy ubezpieczenia** oraz za **Szkody** wyrzdzone **Podwykonawcom** przez **Ubezpieczonego**, z zastrzeżeniem, że ubezpieczeniem nie są objęte roszczenia **Pracowników** wobec pracodawcy oraz pracodawcy wobec Pracowników wynikające ze stosunku zatrudnienia. **Suma gwarancyjna** i **Podlimity** pozostają wspólne dla wszystkich podmiotów objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach tej samej **Umowy ubezpieczenia**.
7. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje poniesioną przez **Poszkodowanego Szkodę** powstałą na skutek zapłacenia kary umownej, do zapłacenia której **Poszkodowany** został zobowiązany wskutek powstania **Szkody rzeczowej** lub **Szkody osobowej** objętej **Umową ubezpieczenia**.
8. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej – na zasadach określonych w Klauzuli kosztów ochrony prawnej (Załącznik nr 2 do tych O.W.U.) – może być także ochrona interesu majątkowego **Ubezpieczonego** polegająca na zapewnieniu pokrycia kosztów ochrony prawnej.

§ 5. Terytorialny zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną **Ubezpieczonego** za **Wypadki ubezpieczeniowe**, które miały miejsce na terytorium państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego, z zastrzeżeniem klauzul dodatkowych zawartych w Załączniku nr 1 do tych O.W.U.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje także **Wypadki ubezpieczeniowe** mające miejsce poza terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (z wyłączeniem USA, Kanady i ich terytoriów zależnych) w przypadku wyrzdzienia **Szkody**:
 - 1) przez **Ubezpieczonego** lub jego **Pracownika** lub **Podwykonawcę** w trakcie podróży służbowej i podczas wykonywania czynności służbowych;
 - 2) przez **Produkty Wprowadzone do obrotu** lub **Usługi** świadczone na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego, pod warunkiem że **Usługa** została zakończona i przekazana lub **Produkt** został **Wprowadzony do obrotu** przez **Ubezpieczonego** na terenie Europejskiego Obszaru Gospodarczego, a sam **Produkt** nie był przeznaczony przez **Ubezpieczonego** do eksportu poza Europejski Obszar Gospodarczy.

§ 6. Wypadek ubezpieczeniowy i czasowy zakres ochrony

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje **Wypadki ubezpieczeniowe**, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia wskazanym w **Umowie ubezpieczenia**.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęte są także **Wypadki seryjne**, które wystąpiły w okresie ubezpieczenia wskazanym w **Umowie ubezpieczenia**, nawet jeżeli poszczególne **Wypadki ubezpieczeniowe** składające się na **Wypadek seryjny** wystąpiły już po zakończeniu **Okresu ubezpieczenia**.

§ 7. Wyłączenia dotyczące przedmiotu ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje roszczeń o wykonanie lub należyte wykonanie zobowiązania, roszczeń związanych z wykonaniem zastępczym, w tym roszczeń dotyczących zwrotu kosztów poniesionych na poczet ich wykonania oraz roszczeń wynikających z przepisów o rękojmi za wady i gwarancji jakości.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje odpowiedzialności cywilnej za **Szkody**:
 - 1) które powstały na skutek uchybień **Ubezpieczonego** w wykonywaniu czynności zawodowych architekta, inżyniera budownictwa, projektanta, pośrednika finansowego, radcy prawnego, adwokata, notariusza, weterynarza, zarządcy nieruchomości,

- rzeczoznawcy majątkowego i pośrednika w obrocie nieruchomościami, komornika sądowego, syndyka masy upadłościowej, doradcy restrukturyzacyjnego, brokera lub agenta ubezpieczeniowego oraz polegające na wykonywaniu samodzielnych funkcji technicznych w budownictwie, a także w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 2) które powstały na skutek używania statków lub innych urządzeń pływających, powietrznych i kosmicznych lub na skutek działalności portów morskich, lotniczych, lądowych, lub prowadzeniem działalności polegającej na obsłudze przewoźników lotniczych lub użytkowników statków powietrznych, obsłudze naziemnej statków powietrznych, zaopatrzeniu lotnictwa w materiały eksploatacyjne, części i podzespoły zamienne, narzędzia lub wyposażenie statków powietrznych;
 - 3) które powstały na skutek planowania, projektowania, transportu, wykorzystywania, obsługi, budowy lub naprawy obiektów, instalacji lub ich komponentów, a także produkcji lub dostawy obiektów i instalacji lub ich komponentów znajdujących się lub wykorzystywanych na obszarach morskich i oceanicznych;
 - 4) które wynikają z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przewozu lub spedycji;
 - 5) w zakresie, w jakim odpowiedzialność cywilna jest lub winna być, zgodnie z obowiązującym prawem, objęta systemem ubezpieczeń obowiązkowych.
3. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zdarzeń, które mogą prowadzić lub prowadzą do powstania zobowiązania do spełnienia przez Allianz świadczenia, w zakresie, w jakim naruszałoby to jakiekolwiek obowiązujące międzynarodowe przepisy przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych lub inne mające zastosowanie regulacje Organizacji Narodów Zjednoczonych lub Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych, jak też inne właściwe przepisy lub regulacje przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych.

§ 8. Wyłączenia dotyczące zakresu odpowiedzialności

1. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności za **Szkody** wyrządzone umyślnie przez **Reprezentantów Ubezpieczonego**.
2. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **Szkody**:
 - 1) które zostały wyrządzone **Osobom bliskim Ubezpieczonego**;
 - 2) za które **Ubezpieczony** jest odpowiedzialny wskutek umownego przejęcia odpowiedzialności innej osoby albo wskutek rozszerzenia zakresu własnej odpowiedzialności ponad wynikającą z przepisów prawa właściwego dla zobowiązania, z którego wynika odpowiedzialność **Ubezpieczonego**;
 - 3) które zostały spowodowane w **Stanie pod wpływem alkoholu** lub **Stanie pod wpływem środków narkotycznych**, jeżeli pozostawanie w tym stanie spowodowało **Szkodę** lub zwiększyło jej rozmiar;
 - 4) które powstały na skutek działań wojennych, działań zbrojnych noszących znamiona działań wojennych, konfliktów zbrojnych, wrogich działań obcych państw, wojny domowej, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, przewrotu wojskowego, buntu w siłach zbrojnych, rebelii, rewolucji, powstania, zamachu stanu, sabotażu;
 - 5) za które przysługuje odszkodowanie na podstawie Prawa geologicznego i górniczego, w szczególności za te pozostające w związku z działalnością kopalni lub zakładu górniczego;
 - 6) które powstały na skutek wibracji, zapadnięcia się lub osiadania terenu (również budowli wzniesionej na nim), obsunięcia się ziemi, zalania przez wody stojące lub płynące, bez względu na ich przyczynę;
 - 7) które powstały wskutek, innego niż nagłe i niespodziewane, oddziaływanie hałasu, temperatury, wody, gazów, oparów, pleśni, dymu, kurzu, bakterii, wirusów lub grzybów,
 - 8) które powstały w **Wartościach pieniężnych**, dziełach sztuki, rzeczach lub zbiorach rzeczy o wartości kolekcjonerskiej, zabytkowej lub unikatowej;
 - 9) które wynikają z naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych lub naruszenia dóbr osobistych, prawa własności intelektualnej, prawa ochrony konkurencji lub konsumentów;
 - 10) których powstanie związane jest z wykorzystaniem nanotechnologii, promieniowania wysokoenergetycznego, jonizującego, laserowego lub ze skażeniem radioaktywnym lub z oddziaływaniem pola elektromagnetycznego;
 - 11) które powstały wskutek **Wypadku cyber**;
 - 12) które powstały wskutek przeniesienia, zagrożenia przeniesieniem lub w związku z rozprzestrzenianiem się **Choroby zakaźnej**, z zastrzeżeniem że wyłączenie to nie znajduje zastosowania w zakresie odpowiedzialności za **Produkt** lub **Usługę**;
 - 13) które powstały wskutek choroby zawodowej w rozumieniu Ustawy wypadkowej;
 - 14) które powstały wskutek prowadzenia banków komórek macierzystych lub krwi pępowinowej;
 - 15) które powstały wskutek zobowiązania lub zapłaty przez **Ubezpieczonego** kar umownych, grzywien, kar administracyjnych, odszkodowań o charakterze karnym, nawigacji oraz innych kar i środków o charakterze karnym;
 - 16) które mają postać **Czystych Strat Finansowych**:
 - a. powstałych w wyniku udzielanych porad, zaleceń lub instrukcji powiązanym kapitałowo podmiotom, a także niewykonanych lub nienależycie wykonanych czynności kontrolnych w tych podmiotach,
 - b. powstałych w wyniku utraty **Wartości pieniężnych**,
 - c. spowodowanych przez inne niż nagłe i niespodziewane emisje, w szczególności hałasy, zapachy i wstrząsy;
 - d. spowodowanych przez **Produkt** lub **Usługę**, z zastrzeżeniem Klauzuli dodatkowej nr 8 i 9,
 - e. spowodowanych działalnością reklamową, w tym wyrządzonych treścią reklamy,
 - f. spowodowanych niedotrzymaniem terminów lub wyliczeń zawartych w kosztorysach,
 - g. spowodowanych transakcjami finansowymi, kredytowymi, ubezpieczeniowymi, leasingowymi, obrocie nieruchomościami,
 - h. powstałych w wyniku dokonywania rozliczeń fiskalnych, płatności, nadużycia zaufania lub sprzeniewierzenia,
 - i. powstałych w związku z reprezentacją lub prowadzeniem spraw spółki kapitałowej,
 - 17) które powstały w **Produkcie** lub w przedmiocie **Usługi**, o ile **Szkoda** ta wynikała z przyczyny tkwiącej w **Produkcie** przed jego **Wprowadzeniem do obrotu** lub w przedmiocie **Usługi** zanim została ona zakończona i przekazana odbiorcy;
 - 18) które zostały spowodowane przez **Produkt**:
 - a. jeśli przed **Wprowadzeniem do obrotu** nie można było przewidzieć niebezpiecznych właściwości **Produkту**, uwzględniając stan nauki i techniki w chwili **Wprowadzenia Produkту do obrotu**, albo gdy właściwości te wynikały z zastosowania przepisów prawa;
 - b. zawierający ludzką krew, osocze lub substancje krwiopochodne,
 - c. zmodyfikowany genetycznie;
 - 19) które zostały spowodowane przez **Produkty** lub **Usługi**:
 - a. przeznaczone do jednostek pływających, statków powietrznych lub kosmicznych oraz związane ze sferą bezpieczeństwa żegludgi wodnej lub powietrznej, przemysłem kosmicznym, w tym działalności związanej z obsługą, serwisowaniem, naprawą, czyszczeniem, załadunkiem lub rozładunkiem jednostek pływających, statków powietrznych lub kosmicznych, jak również działalnością portów morskich, portów lotniczych lub lądowych, obsługą naziemną statków powietrznych;
 - b. o zastosowaniu wojskowym w zakresie jakiegokolwiek amunicji, w szczególności broni atomowej, chemicznej lub biologicznej, min przeciwpiechotnych, amunicji kasetowej oraz pojazdów lub urządzeń przeznaczonych do układania lub miotania takich min lub amunicji;
 - 20) które wynikają z poniesionych przez **Ubezpieczonego** lub **Poszkodowanego** kosztów wycofania wadliwego **Produkту** z rynku;
 - 21) które zostały wyrządzone przez oddziaływanie azbestu, formaldehydu lub dioksyn;
 - 22) które powstały na skutek stosowania inżynierii genetycznej, w szczególności uszkodzenia kodu genetycznego, lub zastosowania silikonu wykorzystywanego do celów medycznych;
 - 23) które powstały na skutek wykonywania zabiegów kosmetycznych z użyciem toksyny botulinowej, kwasu hialuronowego (podawanego w formie iniekcji), nici PDO i PLLA, a także osocza bogatopłytkowego;
 - 24) za które odpowiedzialność regulowana jest przepisami Dyrektywy środowiskowej;
 - 25) wynikię z posiadania, używania, handlu lub produkcji materiałów wybuchowych, amunicji lub fajerwerków;
 - 26) **osobowe** wynikię z oddziaływania wyrobów tytoniowych lub ich odpowiedników, w szczególności papierosów elektronicznych;
 - 27) **osobowe** spowodowane przetwarzaniem, utylizacją lub składowaniem odpadów;
 - 28) w gruntach użytkowanych przez **Ubezpieczonego** na podstawie umowy najmu, użyczenia, leasingu, dzierżawy albo innych umów uprawniających **Ubezpieczonego** do korzystania z cudzej rzeczy.

3. O ile zakres ubezpieczenia nie został rozszerzony przez włączenie do **Umowy ubezpieczenia** dodatkowych klauzul, wskazanych w Załączniku nr 1 do tych O.W.U. (wyłącznie w zakresie wskazanym wyraźnie przez treść włączonej klauzuli) lub nie został odmiennie sprecyzowany w ustalonych indywidualnie postanowieniach **Umowy ubezpieczenia**, Allianz nie odpowiada za **Szkody**:
- 1) które powstały poza terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego, z zastrzeżeniem § 5 ust. 2. – włączenie zgodnie z:
 - a. Klauzulą nr 1 – Włączenie odpowiedzialności za **Szkody** powstałe poza terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego, z wyłączeniem USA, Kanady i ich terytoriów zależnych;
 - b. Klauzulą nr 2 – Włączenie odpowiedzialności za **Szkody** powstałe na terytorium USA, Kanady i ich terytoriach zależnych;
 - 2) które powstały w rzeczach ruchomych będących przedmiotem umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innej umowy o uprawniającej **Ubezpieczonego** do korzystania z rzeczy – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 3;
 - 3) które powstały w rzeczach ruchomych znajdujących się w piecy, pod dozorem lub kontrolą **Ubezpieczonego**, w szczególności udostępnionych lub przekazanych **Ubezpieczonemu** w celu wykonania umowy – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 4;
 - 4) które zostały wyrządzone **Pracownikom Ubezpieczonego** w związku z wykonywaniem obowiązków na jego rzecz – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 5;
 - 5) które powstały na skutek emisji, wycieku, uwalniania się lub innej formy przedostania się do powietrza, wody lub gruntu **Substancji niebezpiecznych** – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 6;
 - 6) które zostały wyrządzone w związku z zastosowaniem eksperymentalnych metod leczenia lub rehabilitacji – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 7;
 - 7) które zostały poniesione z powodu wadliwości:
 - a. **Produktu końcowego**, powstającego w wyniku potęczenia lub zmieszania **Produktów** dostarczonych przez **Ubezpieczonego** z innymi **Produktami**, jednakże z zastrzeżeniem, że wyłączenie to nie dotyczy **Szkód** wyrządzonych przez wadliwy **Produkt końcowy (Szkody** następcze);
 - b. **Produktów**, które zostały wytworzone, poddane obróbce lub przerobione za pomocą maszyn, urządzeń (także urządzeń z zakresu techniki sterowania, pomiaru i automatyki oraz form i narzędzi) i ich części wyprodukowanych, dostarczonych, montowanych lub konserwowanych przez **Ubezpieczonego**; jednakże z zastrzeżeniem, że to wyłączenie nie dotyczy **Szkód** wyrządzonych przez wymienione wadliwe **Produkty (Szkody** następcze);
 - c. **Produktu końcowego**, w związku z dalszym przetworzeniem lub dalszą obróbką wadliwych **Produktów** dostarczonych przez **Ubezpieczonego** bez ich łączenia lub mieszania z innymi **Produktami**, jeżeli **Produkt końcowy** powstający w wyniku przetworzenia lub dalszej obróbki wadliwego **Produktu** nie może być sprzedany lub może być sprzedany tylko po obniżonej cenie, jednakże z zastrzeżeniem, że to wyłączenie nie dotyczy **Szkód** wyrządzonych przez wadliwy **Produkt końcowy (Szkody** następcze);
 – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 8;
 - 8) w postaci wszelkich kosztów poniesionych przez **Poszkodowanego** na usunięcie, demontaż lub odstąpienie wadliwych **Produktów** po raz pierwszy oraz na montaż **Produktów** wolnych od wad – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 9;
 - 9) wyrządzonych przez dostarczoną lub wyprodukowaną energię oraz wynikłych z niedostarczenia energii lub dostarczenia energii o parametrach innych niż uzgodnione – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 10.

§ 9. Świadczenia i koszty wynikające z Umowy ubezpieczenia

1. W granicach udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, do wysokości **Sumy gwarancyjnej**, Allianz zobowiązany jest do:
 - 1) zbadania zasadności roszczeń wynikających z **Wypadku ubezpieczeniowego** kierowanych przeciwko **Ubezpieczonemu**,
 - 2) wypłaty świadczenia, które **Ubezpieczony** zobowiązany jest zapłacić **Poszkodowanemu** na skutek wystąpienia **Wypadku ubezpieczeniowego**, w granicach wyznaczonych w **Umowie ubezpieczenia**.
2. Roszczenia z tytułu utraconych korzyści lub innych strat wynikających z **Wypadku ubezpieczeniowego** są objęte ochroną, o ile

Szkoda, której są konsekwencją jest objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie **Umowy ubezpieczenia**.

3. W przypadku, gdy **Szkoda** jest objęta ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie **Umowy ubezpieczenia**, Allianz pokrywa uzgodnione koszty:
 - 1) wynagrodzenia ekspertów powołanych przez **Ubezpieczonego** w porozumieniu z Allianz w celu ustalenia okoliczności, przyczyn i rozmiaru **Szkody**;
 - 2) zastępstwa procesowego **Ubezpieczonego** oraz kosztów sądowych (zgodnie z Ustawą o kosztach sądowych w sprawach cywilnych), w sporze cywilnym wszczętym wskutek **Wypadku ubezpieczeniowego** i prowadzonym w porozumieniu z Allianz; związane wyłącznie z obroną **Ubezpieczonego** przed roszczeniami wynikającymi z tego **Wypadku ubezpieczeniowego**;
 - 3) zastępstwa procesowego **Ubezpieczonego** oraz koszty sądowe w postępowaniu karnym (zgodnie z Kodeksem postępowania karnego), administracyjnym i sądowno-administracyjnym (zgodnie z Prawem o postępowaniu przed sądami administracyjnymi), wszczętym wskutek **Wypadku ubezpieczeniowego**; związane wyłącznie z obroną **Ubezpieczonego** w postępowaniach wynikających z tego **Wypadku ubezpieczeniowego**.
4. Allianz pokrywa także koszty, które powstały w wyniku zastosowania przez **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** po zajściu **Wypadku ubezpieczeniowego** dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia **Szkodzie** lub zmniejszenia jej rozmiarów, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.
5. Wypłata przez Allianz świadczenia tytułem pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 3 pkt 1) - 3):
 - 1) nie wyczerpuje **Sumy gwarancyjnej**, o ile koszty te dotyczą **Szkód**, które powstały na terytorium Polski;
 - 2) powoduje zmniejszenie **Sumy gwarancyjnej** o wartość wypłaconego świadczenia, o ile koszty te dotyczą **Szkód**, które powstały poza terytorium Polski.
6. Jeżeli łączna wysokość roszczeń wynikających z **Wypadku ubezpieczeniowego** przekracza **Sumę gwarancyjną** lub ustanowiony **Podlimit**, Allianz pokrywa koszty, o których mowa w ust. 3 pkt 1) - 3) w proporcji, która odpowiada stosunkowi **Sumy gwarancyjnej** lub ustanowionego **Podlimitu** do wysokości roszczeń. Nastąpi to również wtedy, gdy jeden **Wypadek ubezpieczeniowy** prowadzi do kilku procesów sądowych. W powyższych sytuacjach Allianz będzie zobowiązany wyłącznie do wypłaty kwoty równej **Sumie gwarancyjnej** lub ustanowionemu **Podlimitowi** oraz proporcjonalne pokrycie powstałych już kosztów związanych z zastępstwem procesowym.
7. Koszty, o których mowa w ust. 4, Allianz pokrywa w ramach **Sumy gwarancyjnej**.

§ 10. Zawarcie Umowy ubezpieczenia. Prawa i obowiązki stron

1. **Umowa ubezpieczenia** zawierana jest na podstawie:
 - 1) złożonego przez **Ubezpieczającego** wniosku o zawarcie **Umowy ubezpieczenia** lub
 - 2) złożonej przez Allianz oferty zawarcia **Umowy ubezpieczenia**.
2. **Ubezpieczający** jest obowiązany podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz pytał go w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli **Ubezpieczający** zawiera **Umowę ubezpieczenia** przez przedstawiciela obowiązujący ten ciężar również na przedstawicieli i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Jeżeli Allianz zawarł **Umowę ubezpieczenia** mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
3. W czasie trwania **Umowy ubezpieczenia** należy zgłaszać Allianz zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 2, niezwłocznie, ale nie później niż 14 dni po otrzymaniu o nich wiadomości.
4. W razie zawarcia **Umowy ubezpieczenia** na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 2 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 powyższych ustępów nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia powyższych ustępów doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że **Wypadek ubezpieczeniowy** i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
6. W razie ujawnienia okoliczności, która pociągają za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa **Wypadku ubezpieczeniowego**, każda ze stron **Umowy ubezpieczenia** może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zasłała 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.

7. W razie zajścia **Wypadku ubezpieczeniowego**, **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony** są zobowiązani użyć dostępnych im środków w celu zapobieżenia **Szkodzie** lub zmniejszenia jej rozmiarów. Koszty powstałe wskutek zastosowania tych środków, Allianz pokrywa na zasadach określonych w § 9 ust. 4. Jeżeli **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony** umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w zdaniu pierwszym, Allianz jest wolny od odpowiedzialności za **Szkody** powstałe z tego powodu.
8. Allianz potwierdza zawarcie **Umowy ubezpieczenia** wystawieniem polisy.

§ 11. Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności

1. **Umowę ubezpieczenia** zawiera się na okres jednego roku.
2. Odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu **Umowy ubezpieczenia**, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
3. Jeżeli strony umowy się, że rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej nastąpi przed zapłatą składki lub jej pierwszej raty (płatność odroczone), to ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty wskazanej w **Umowie ubezpieczenia**.
4. Jeżeli Allianz ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została opłacona w terminie, Allianz może wypowiedzieć **Umowę ubezpieczenia** ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, w którym ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku takiego wypowiedzenia **Umowa ubezpieczenia** wygasa wraz z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
5. **Umowa ubezpieczenia** ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu na jaki została zawarta (okres ubezpieczenia);
 - 2) z dniem odstąpienia od **Umowy ubezpieczenia** przez **Ubezpieczającego**;
 - 3) z dniem wypowiedzenia **Umowy ubezpieczenia** w sytuacjach określonych w § 10 ust. 6 i § 11 ust. 4;
 - 4) z chwilą wyczerpania **Sumy gwarancyjnej** na skutek wypłaty świadczeń wynikających z **Umowy ubezpieczenia**;
 - 5) z chwilą zaprzestania prowadzenia przez **Ubezpieczonego** działalności gospodarczej;
 - 6) z upływem dnia, w którym bezskutecznie minął dodatkowy termin wyznaczony **Ubezpieczającemu** przez Allianz do zapłaty składki, w sytuacji, o której mowa w § 13 ust. 4.
6. Jeżeli **Umowa ubezpieczenia** została zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, **Ubezpieczający** ma prawo odstąpienia od **Umowy ubezpieczenia** w terminie 30 dni, a w przypadku gdy **Ubezpieczający** jest przedsiębiorcą – w terminie 7 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.
7. W przypadku zawarcia **Umowy ubezpieczenia** na odległość, w której **Ubezpieczający** występuje jako konsument, termin w którym **Ubezpieczający** może od niej odstąpić wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu **Umowy ubezpieczenia** lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu od **Umowy ubezpieczenia** zostało wystane.
8. Odstąpienie od **Umowy ubezpieczenia** nie zwalnia **Ubezpieczającego** z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Allianz udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 12. Suma gwarancyjna

1. **Suma gwarancyjna** stanowi górną granicę odpowiedzialności Allianz z tytułu jednego i wszystkich **Wypadków ubezpieczeniowych**, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia.
2. **Suma gwarancyjna** określana jest przez **Ubezpieczającego**. Allianz nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ustalenia **Sumy gwarancyjnej** przez **Ubezpieczającego** na niewłaściwym poziomie.
3. W stosunku do określonych ryzyk, rodzajów **Szód** lub z tytułu jednego **Wypadku ubezpieczeniowego** w **Umowie ubezpieczenia** mogą zostać ustanowione **Podlimity**. **Podlimity** ustalane są jako

górną granicę odpowiedzialności z tytułu jednego i wszystkich **Wypadków ubezpieczeniowych**, do których się odnoszą.

4. Jeżeli w odniesieniu do jednego **Wypadku ubezpieczeniowego** może mieć zastosowanie więcej niż jeden **Podlimit**, a ustanowione **Podlimity** mają różną wysokość, odpowiedzialność Allianz ogranicza się do najwyższego z **Podlimitów**. Wartości **Podlimitów** nie sumują się.
5. **Suma gwarancyjna** ulega każdorazowemu zmniejszeniu o wysokość wypłaconego świadczenia aż do jej całkowitego wyczerpania z zastrzeżeniem § 9 ust. 5 pkt 1). Niniejszą zasadę stosuje się również do **Podlimitów**. Wypłata świadczenia w ramach **Podlimitu** powoduje zmniejszenie **Sumy gwarancyjnej** i **Podlimitu**. Jeżeli na skutek wypłaty świadczenia **Suma gwarancyjna** zostanie obniżona do wysokości **Podlimitu**, wówczas kolejna wypłata obniży zarówno **Sumę gwarancyjną**, jak i dany **Podlimit**.
6. Na wniosek **Ubezpieczającego** i po opłaceniu przez niego dodatkowej składki, Allianz może w danym okresie ubezpieczenia zwiększyć lub uzupełnić **Sumę gwarancyjną** lub poszczególne **Podlimity**.

§ 13. Składka ubezpieczeniowa

1. Składka ubezpieczeniowa jest ustalana w oparciu o dokonaną ocenę ryzyka, na podstawie obowiązującej taryfy składek.
2. Wysokość składki oblicza się na podstawie wysokości **Sumy gwarancyjnej**, wysokości franszyzy, rodzaju prowadzonej działalności, wnioskowanego zakresu ubezpieczenia, historii szkodowości, **Obrotu** lub zatrudnienia oraz czasu trwania odpowiedzialności Allianz.
3. Na wniosek **Ubezpieczającego** składka może być rozłożona na raty. Ratalna płatność składki powoduje podwyższenie wysokości składki o stosowny procent, zgodnie z taryfą obowiązującą w dniu zawarcia **Umowy ubezpieczenia**. Terminy płatności kolejnych rat składki i ich wysokość określone w złożonym wniosku lub ofercie, po zawarciu **Umowy ubezpieczenia** Allianz potwierdza w polisie.
4. Jeżeli w **Umowie ubezpieczenia** uzgodniono płatność składki w ratach, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w terminie, Allianz wezwie po upływie terminu **Ubezpieczającego** do zapłaty zaległej raty składki z zagrożeniem, że brak płatności w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania wezwania przez **Ubezpieczającego** spowoduje ustanie odpowiedzialności Allianz. W przypadku braku takiego wezwania ze strony Allianz, ochrona ubezpieczeniowa nie ustaje, a Allianz przysługuje składka za cały czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Za zapłatę składki lub raty składki uważa się zapłatę pełnej kwoty określonej w złożonym wniosku lub w ofercie i – po zawarciu **Umowy ubezpieczenia** – potwierdzonej w polisie.
6. Składkę lub jej ratę uważa się za opłaconą w terminie, gdy wpłynie ona na rachunek bankowy Allianz w pełnej wysokości wynikającej z **Umowy ubezpieczenia**.
7. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Allianz wyłącznie przeciwko **Ubezpieczającemu**.
8. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem umówionego okresu, na jaki została zawarta **Umowa ubezpieczenia**, **Ubezpieczającemu** przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 14. Tryb postępowania w razie zajścia Wypadku ubezpieczeniowego, obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. **Ubezpieczający**, a w przypadku gdy wiedział o zawarciu **Umowy Ubezpieczenia** na jego rachunek, także **Ubezpieczony**, zobowiązani są powiadomić Allianz niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni, od uzyskania informacji o zajściu **Wypadku ubezpieczeniowego**. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa przez **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** (w przypadku gdy wiedział o zawarciu **Umowy Ubezpieczenia** na jego rachunek) obowiązków wskazanych w zdaniu poprzedzającym, Allianz może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to przyczyniło się do zwiększenia **Szkody** lub uniemożliwiło Allianz ustalenie okoliczności i skutków **Wypadku ubezpieczeniowego**. Skutki braku zawiadomienia Allianz o **Wypadku ubezpieczeniowym** nie następują, jeżeli Allianz w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
2. Jeżeli przeciwko **Ubezpieczającemu**, a także **Ubezpieczonemu** – w przypadku, gdy wiedział on o zawarciu **Umowy ubezpieczenia** na jego rachunek – wszczęte zostało postępowanie karne lub cywilne o wypłatę świadczenia, **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony**

obowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w ciągu 7 dni od otrzymania informacji o wszczęciu postępowania, poinformować o tym Allianz.

3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o **Wypadku ubezpieczeniowym** Allianz podejmie postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego **Wypadku ubezpieczeniowego**, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub, za zgodą **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** w innej formie, informuje o tym **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** (jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem), a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Zaspokojenie lub uznanie przez **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** (w przypadku gdy wiadział o zawarciu **Umowy ubezpieczenia** na jego rachunek) roszczenia **Poszkodowanego** nie ma skutków prawnych względem Allianz, jeśli Allianz nie wyraził na to uprzednio zgody.

§ 15. Ustalenie i wypłata świadczenia

1. Allianz wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Allianz wypłaci świadczenie w kwocie odpowiadającej rozmiarowi **Szkody**, w zakresie określonym w **Umowie ubezpieczenia** i potwierdzonym w polisie, potrącając **Franszyzę redukcijną** w wysokości ustalonej w **Umowie ubezpieczenia** (o ile znajduje zastosowanie), nie więcej jednak niż do wysokości **Sumy gwarancyjnej** lub **Podlimitu** określonego w **Umowie ubezpieczenia**.
3. W przypadku, gdy do **Szkoł** wynikających z jednego **Wypadku ubezpieczeniowego** może mieć zastosowanie więcej niż jedna **Franszyza redukcyjna**, świadczenie wypłacane jest zawsze z uwzględnieniem jednej **Franszyzy redukcyjnej**, a w sytuacji gdy wysokość zastosowanych **Fransysz redukcyjnych** jest różna, świadczenie wypłacane jest z uwzględnieniem **Franszyzy redukcyjnej** o najwyższej wartości.
4. Allianz jest zobowiązany do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o **Wypadku ubezpieczeniowym**. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz jest zobowiązany wypłacić w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o **Wypadku ubezpieczeniowym**.
Jeżeli w terminach określonych w **Umowie ubezpieczenia** lub we właściwych przepisach Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczającego**, a w przypadku **Umowy ubezpieczenia** na cudzy rachunek – także **Ubezpieczonego**, o ile nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz, w przypadku **Umowy ubezpieczenia** na cudzy rachunek – także **Ubezpieczonego**, o ile nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 16. Roszczenia regresowe Allianz

1. Z dniem dokonania przez Allianz zapłaty świadczenia, roszczenia przysługujące **Ubezpieczonemu** wobec **Osób trzecich** odpowiedzialnych za **Szkodę** przechodzą na Allianz do wysokości wypłaconego świadczenia (roszczenia regresowe). Jeżeli Allianz pokrył tylko część **Szkody**, **Ubezpieczonemu** przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Allianz.
2. Roszczenia regresowe nie przechodzą na Allianz, jeżeli odpowiedzialnym za **Szkodę**, do którego kierowane jest dane roszczenie jest osoba, z którą **Ubezpieczony** pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że **Szkoda** została wyrządzona umyślnie.
3. W razie zajścia **Wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczającego**, a w przypadku **Umowy ubezpieczenia** na cudzy rachunek, także **Ubezpieczonego**, obowiązany jest zabezpieczyć możliwość

dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za **Szkodę**.

§ 17. Procedura reklamacyjna. Pozasądowe rozwiązywanie sporów.

1.
 - 1) Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
 - 2) Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się zarząd Allianz lub osoba upoważniona.
 - 3) Allianz rozpatrzy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowie na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, Allianz może wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Allianz poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które podlegają ustaleniu przez Allianz, aby rozpatrzyć sprawę. Allianz określi również przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
 - 4) Allianz odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem Allianz odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
 - 5) Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym znajdują się na stronie internetowej Allianz pod adresem www.allianz.pl oraz w jednostkach obsługujących klientów.
 - 6) Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2.
 - 1) Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
 - 2) Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody.) Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
 - 3) W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z Allianz za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 18. Postanowienia końcowe

1.
 - 1) 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**.
 - 2) 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**.

2.
 - 1) Administratorem **Danych osobowych** zbieranych w związku z zawarciem i wykonaniem **Umowy ubezpieczenia** jest Allianz.
 - 2) Pełna treść klauzuli informacyjnej opisującej zasady **Przetwarzania** przez Allianz **Danych osobowych** jest przekazywana na etapie zbierania danych. Informacje te dostępne są dla wszystkich także na stronie internetowej: www.allianz.pl
3. W tych O.W.U. oraz Załącznikach nr 1 i 2 zastosowanie znajdują następujące skrócone nazwy aktów prawnych:
 1. Dyrektywa środowiskowa – Dyrektywa 2004/35/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 21 kwietnia 2004 w sprawie odpowiedzialności za środowisko w odniesieniu do zapobiegania i zaradzania szkodom wyrządzonym środowisku naturalnemu (Dz.Urz.UE.L Nr 143, str. 56).
 2. Kodeks karny – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).
 3. Kodeks postępowania cywilnego – Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.).
 4. Kodeks postępowania karnego – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555 z późn. zm.).
 5. Prawo geologiczne i górnicze – Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz.U. Nr 163, poz. 981 z późn. zm.).
 6. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi – Ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. Nr 153, poz. 1270 z późn. zm.).
 7. Prawo pocztowe – Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz.U. z 2012 r. poz. 1529 z późn. zm.).
 8. Ustawa o kosztach sądowych w sprawach cywilnych – Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. Nr 167, poz. 1398 z późn. zm.).
 9. Ustawa o prawach konsumenta – Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U. z 2014 r. poz. 827 z późn. zm.).
 10. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii – Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.).
 11. Ustawa o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – Ustawa z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz.U. z 2016 r. poz. 1823 z późn. zm.).
 12. Ustawa wypadkowa – Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. Nr 199, poz. 1673 z późn. zm.).
4. O.W.U. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 43/2024 i mają zastosowanie dla Umów ubezpieczenia zawartych od dnia 16 marca 2024 roku.

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000028261, NIP 525-15-65-015, REGON 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 457 110 000 złotych (wpłacony w całości).

Klauzule dodatkowe do Umowy ubezpieczenia

Klauzula nr 1

Włączenie odpowiedzialności za Szkody powstałe poza terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego, z wyłączeniem terytorium USA, Kanady i ich terytoriów zależnych

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 1) lit. a. O.W.U., na mocy niniejszej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody** powstałe poza terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego, jednak z wyłączeniem **Szko**d powstałych na terytorium USA, Kanady i ich terytoriach zależnych.
2. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w tej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączona na mocy pozostałych postanowień tych O.W.U. oraz dodatkowo za **Szkody** powstałe w związku z posiadaniem lub wynajmowaniem lokali służących do prowadzenia działalności lub na potrzeby przedstawicielstwa lub oddziału.

Klauzula nr 2

Włączenie odpowiedzialności za Szkody powstałe na terytorium USA, Kanady i ich terytoriach zależnych

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 1) lit. b. O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody** powstałe na terytorium USA, Kanady i ich terytoriach zależnych.
2. W razie **Szko**d powstałych na terytorium USA, Kanady i ich terytoriów zależnych, koszty wynagrodzenia ekspertów, koszty zastępstwa procesowego lub koszty sądowe określone w § 9 ust. 3 O.W.U. pokrywane są w ramach **Sumy gwarancyjnej**.
3. W odniesieniu do odpowiedzialności przyjętej na podstawie tej klauzuli wprowadza się **Franszyzę redukcijną** w wysokości 15 000 USD lub jej równowartości w złotych (równowartość ta liczona jest według kursu opublikowanego przez Narodowy Bank Polski w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia **Szko**dy) dla każdego **Wypadku ubezpieczeniowego**.
4. Ubezpieczenie nie obejmuje odpowiedzialności cywilnej **Ubezpieczonego** za wyodrębnioną i samodzielną organizacyjnie część działalności gospodarczej wykonywaną na terytorium USA, Kanady lub ich terytoriach zależnych, w szczególności w formie oddziału.
5. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w tej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączona na mocy pozostałych postanowień tych O.W.U. oraz dodatkowo za **Szkody**:
 - 1) powstałe w związku z posiadaniem lub wynajmowaniem lokali służących do prowadzenia działalności lub na potrzeby przedstawicielstwa lub oddziału;
 - 2) związane z wypadkami przy pracy **Pracowników**.

Klauzula nr 3

Włączenie odpowiedzialności za Szkody rzeczowe w rzeczach ruchomych będących przedmiotem umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innej umowy uprawniającej Ubezpieczonego do korzystania z rzeczy

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 2) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody rzeczowe** w rzeczach ruchomych wykorzystywanych przez **Ubezpieczonego** w prowadzonej działalności, a będących przedmiotem umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innej umowy uprawniającej **Ubezpieczonego** do korzystania z rzeczy.
2. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w tej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączona na mocy pozostałych postanowień tych O.W.U. oraz dodatkowo za **Szkody**:
 - 1) które są następstwem normalnego zużycia lub przeciążenia rzeczy;
 - 2) w wyrobach ze szkła, terakoty, ceramiki lub tworzyw sztucznych, chyba że stanowią część składową rzeczy, o których mowa w ust. 1;

- 3) w pojazdach mechanicznych lub ich wyposażeniu, a także w rzeczach w nich pozostawionych;
- 4) w sprzęcie elektronicznym lub komputerowym.

Klauzula nr 4

Włączenie odpowiedzialności za Szkody rzeczowe w rzeczach ruchomych znajdujących się w pieczy, pod dozorem lub kontrolą Ubezpieczonego, w szczególności udostępnionych lub przekazanych Ubezpieczonemu w celu wykonania umowy.

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 3) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody rzeczowe** w rzeczach ruchomych znajdujących się w jego pieczy, pod dozorem lub kontrolą, a także w rzeczach udostępnionych lub przekazanych **Ubezpieczonemu** w celu wykonania umowy w ramach działalności gospodarczej prowadzonej przez **Ubezpieczonego**.
2. Z zachowaniem postanowienia § 3 ust. 25 O.W.U., na potrzeby tej klauzuli przez **Szkodę rzeczową** rozumie się także utratę rzeczy na skutek kradzieży z wtamaniem lub rozboju w rozumieniu przepisów Kodeksu karnego.
3. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w momencie faktycznego przyjęcia rzeczy przez **Ubezpieczonego** i trwa aż do chwili jej faktycznego zwrócenia osobie uprawnionej.
4. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w niniejszej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączona na mocy pozostałych postanowień tych O.W.U., oraz dodatkowo za **Szkody**:
 - 1) w rzeczach, z których **Ubezpieczony** korzysta na podstawie umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia;
 - 2) wyrządzonych w związku z przeprowadzaniem jazd próbnych powyżej 20 km od miejsca wykonywania **Usługi**;
 - 3) polegające na zaginięciu, podmianie, brakach inwentarzowych mienia wynikających z poświadczenia nieprawdy, umyślnego wprowadzenia w błąd lub podstęp, wymuszenia, szantażu,
 - 4) wynikające z niszczenia, usuwania, ukrywania, przerabiania lub podrobiania dokumentów;
 - 5) powstałe na skutek kradzieży z wtamaniem do pojazdów mechanicznych lub kradzieży ich wyposażenia, a także rzeczy w nich pozostawionych, z zastrzeżeniem, że wyłączenia tego nie stosuje się, jeżeli miejsce, w którym znajduje się pojazd spełnia łącznie poniższe warunki:
 - a. jest objęte stałym dozorem fizycznym lub całodobowym monitoringiem umożliwiający podgląd miejsca postoju pojazdu oraz późniejsze odtworzenie zapisu kamer;
 - b. pomieszczenie lub plac są ogrodzone, a po zachodzie Słońca także oświetlone.
5. W razie utraty rzeczy w wyniku kradzieży z wtamaniem lub rozboju **Ubezpieczający**, a w przypadku gdy wiedział o zawarciu **Umowy ubezpieczenia** na jego rachunek, także **Ubezpieczony** zobowiązani są zawiadomić Policję o zajściu **Wypadku ubezpieczeniowego**, nie później niż w ciągu 24 godzin od chwili dowiedzenia się o kradzieży z wtamaniem lub rozboju. W przypadku niedopełnienia wskazanego obowiązku Allianz może ograniczyć wysokość wypłaconego świadczenia, o ile niedopełnienie obowiązku przez **Ubezpieczonego** skutkowało zwiększeniem rozmiaru **Szko**dy.

Klauzula nr 5

Włączenie odpowiedzialności za Szkody osobowe wynikające z wypadku przy pracy w rozumieniu Ustawy wypadkowej lub Szkody rzeczowe wyrządzone Pracownikom Ubezpieczonego w związku z wykonywaniem obowiązków na jego rzecz

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 4) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody osobowe** wynikające z wypadku przy pracy w rozumieniu Ustawy wypadkowej oraz **Szkody rzeczowe** wyrządzone **Pracownikom Ubezpieczonego** powstałe na skutek wykonywania obowiązków na rzecz i pod kierownictwem **Ubezpieczonego**.
2. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w niniejszej klauzuli za **Szkody**:

- 1) za które jego odpowiedzialność jest wyłączone na mocy pozostałych postanowień tych O.W.U.;
- 2) **rzeczowe** w pojazdach mechanicznych wykorzystywanych przez **Pracowników Ubezpieczonego** lub ich **Osoby bliskie** na podstawie prawa własności, umowy najmu, leasingu, użyczenia lub innej umowy uprawniającej **Ubezpieczonego** do korzystania z rzeczy.
3. Allianz nie obejmuje również zakresem świadczeń przysługujących **Poszkodowanemu** na podstawie przepisów Ustawy wypadkowej, a także roszczeń regresowych jakiegokolwiek instytucji publicznej zobowiązanej do wypłaty tego rodzaju świadczeń.
3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zarówno ośrodki badawcze prowadzące badania, jak również badaczy, o ile podmioty te zostały wskazane w **Umowie ubezpieczenia**.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu odpowiedzialności cywilnej **Ubezpieczonego** określona w ust. 1 nie jest udzielana w zakresie, w jakim – zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa – **Wypadek ubezpieczeniowy** winien być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach właściwego obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Klauzula nr 6

Wyłączenie odpowiedzialności za Szkody osobowe lub Szkody rzeczowe powstałe na skutek emisji, wycieku, uwalniania się lub innej formy przedostania się do powietrza, wody lub gruntu Substancji niebezpiecznych

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 5) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** z tytułu:
 - 1) **Szkieł osobowych i Szkieł rzeczowych** powstałych na skutek emisji, wycieku, uwalniania się lub innej formy przedostania się do powietrza, wody lub gruntu jakiegokolwiek **Substancji niebezpiecznych**;
 - 2) kosztów usunięcia, neutralizacji lub oczyszczania gleby z **Substancji niebezpiecznej**, poniesionych przez **Poszkodowanych**.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie tej klauzuli istnieje, o ile **Szkody** i koszty są spowodowane przez zdarzenie nagłe, niespodziewane i niezależne od woli **Ubezpieczonego** lub osób, za które ponosi on odpowiedzialność.
3. Roszczenia z tytułu ryzyk określonych w tej klauzuli **Ubezpieczający**, a w przypadku gdy wiedział o zawarciu **Umowy ubezpieczenia** na jego rachunek, także **Ubezpieczony**, zobowiązani są zgłaszać do Allianz niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od chwili dowiedzenia się o emisji, wycieku lub innej formie przedostania się do powietrza, wody lub gruntu **Substancji niebezpiecznych**. W przypadku niedopełnienia wskazanego obowiązku Allianz może ograniczyć wysokość wypłacanego świadczenia, o ile niedopełnienie obowiązku przez **Ubezpieczonego** skutkowało zwiększeniem rozmiaru **Szkody**.
4. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w tej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączone na mocy pozostałych postanowień O.W.U., oraz dodatkowo za **Szkody**:
 - 1) w postaci kosztów badania, monitorowania lub kontroli zanieczyszczenia środowiska lub **Substancji niebezpiecznych**;
 - 2) w postaci kosztów usuwania **Substancji niebezpiecznych** z nieruchomości, która jest własnością **Ubezpieczonego** albo pozostaje w jego w posiadaniu lub pieczy na podstawie innego tytułu prawnego, chyba że było to celowe dla zmniejszenia **Szkieł** wyrządzonych **Poszkodowanym**;
 - 3) w postaci kosztów eksploatacji gruntów lub obiektów przeznaczonych do przetwarzania, modyfikacji, czasowego albo stałego składowania lub unieszkodliwiania odpadów lub substancji żużliwych;
 - 4) spowodowane działaniami prowadzonymi pod ziemią, które skutkowały naruszeniem, uszkodzeniem lub zniszczeniem substancji naturalnie znajdujących się pod ziemią, w szczególności wody, ropy naftowej i gazu;
 - 5) powstałe na terytorium USA, Kanady i ich terytoriów zależnych bez względu na rozszerzenie zakresu terytorialnego ochrony ubezpieczeniowej (wyłączenie Klauzul nr 1 lub 2).

Klauzula nr 7

Wyłączenie odpowiedzialności za Szkody osobowe lub Szkody rzeczowe wyrządzone w związku z zastosowaniem eksperymentalnych metod leczenia lub rehabilitacji

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 6) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody osobowe** lub **Szkody rzeczowe**, które powstały w związku z zastosowaniem metod leczenia lub rehabilitacji o niepotwierdzonej skuteczności lub bezpieczeństwie (eksperymentalne metody leczenia lub rehabilitacji).
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie **Ubezpieczonego** lub współubezpieczonych wskazanych w **Umowie ubezpieczenia**, do której ta klauzula ma zastosowanie.

Klauzula nr 8

Rozszerzenie odpowiedzialności za Szkody poniesione przez Poszkodowanego w związku z Wprowadzeniem przez Ubezpieczonego Produktu do obrotu

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 7) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody** poniesione:
 - 1) z powodu wadliwości **Produktu końcowego**, powstającego w wyniku połączenia lub zmieszania **Produktów** dostarczonych przez **Ubezpieczonego** z innymi **Produktami**;
 - 2) z powodu wadliwości **Produktów**, które zostały wytworzone, poddane obróbce lub przetworzone za pomocą maszyn, urządzeń (także urządzeń z zakresu techniki sterowania, pomiaru i automatyki oraz form i narzędzi) i ich części wyprodukowanych, dostarczonych, montowanych lub konserwowanych przez **Ubezpieczonego**;
 - 3) w związku z dalszym przetworzeniem lub dalszą obróbką wadliwych **Produktów** dostarczonych przez **Ubezpieczonego** bez ich łączenia lub mieszania z innymi **Produktami**, jeżeli **Produkt końcowy** powstający w wyniku przetworzenia lub dalszej obróbki wadliwego **Produktu** nie może być sprzedany lub może być sprzedany tylko po obniżonej cenie.
2. W rozumieniu tej klauzuli za chwilę zajścia **Wypadku ubezpieczeniowego** uznaje się moment:
 - 1) połączenia lub zmieszania po raz pierwszy wadliwego **Produktu** z innymi rzeczami w odniesieniu do zakresu wskazanego w ust. 1 pkt 1);
 - 2) wytworzenia, poddania obróbce lub przetworzenia **Produktu** po raz pierwszy w odniesieniu do zakresu wskazanego w ust. 1 pkt 2);
 - 3) dalszego przetworzenia lub dalszej obróbki wadliwego **Produktu** w odniesieniu do zakresu wskazanego w ust. 1 pkt 3).
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie:
 - 1) **Szkody** poniesione przez **Poszkodowanego** na skutek utraty wartości **Produktu końcowego**;
 - 2) koszty poniesione przez **Poszkodowanego** na wytworzenie **Produktu końcowego**;
 - 3) koszty poniesione przez **Poszkodowanego** na dalszą obróbkę lub przetworzenie **Produktów** dostarczonych przez **Ubezpieczonego** w celu wytworzenia **Produktu końcowego**;
 - 4) koszty poniesione w celu usunięcia wady z **Produktu końcowego**, z zastrzeżeniem że nie mogą być one wyższe niż całkowite koszty wytworzenia **Produktu końcowego** wolnego od wad a Allianz pomniejszy świadczenie o część kosztów, która odpowiada stosunkowi ceny dostarczonego wadliwego **Produktu** do kosztów wytworzenia **Produktu końcowego** wolnego od wad;
 - 5) koszty stanowiące różnicę pomiędzy kosztami poniesionymi przez **Poszkodowanego** w celu wytworzenia **Produktu końcowego** a ceną jego sprzedaży, jeżeli sprzedaż **Produktu końcowego** możliwa jest wyłącznie po cenie niższej niż wartość nakładów poniesionych na jego wytworzenie;
 - 6) koszty wytworzenia **Produktu końcowego** jeżeli nie może być on sprzedany lub może być sprzedany tylko po obniżonej cenie, z zastrzeżeniem, że w odniesieniu do utraconych korzyści wynikających z niemożliwości sprzedaży **Produktu końcowego** lub jego sprzedaży wyłącznie po obniżonej cenie Allianz pomniejszy świadczenie o część kosztów, która odpowiada stosunkowi ceny dostarczonego wadliwego **Produktu** do kosztów wytworzenia **Produktu końcowego** wolnego od wad.
4. Allianz pokryje także koszty poniesione przez **Poszkodowanego**:
 - 1) na poszukiwanie wadliwych **Produktów** pochodzących od **Ubezpieczonego**, łącznie z kosztami identyfikacji i rozdzielania wadliwych od niewadliwych **Produktów** lub **Produktów końcowych**;
 - 2) w związku z utylizacją wadliwego **Produktu końcowego** z zastrzeżeniem, że Allianz pomniejszy świadczenie o część kosztów, która odpowiada stosunkowi ceny dostarczonego wadliwego **Produktu** do kosztów wytworzenia **Produktu końcowego** wolnego od wad;

- 3) w związku ze składowaniem wadliwego **Produktu** lub **Produktu końcowego** zawierającego wadliwy **Produkt** przez okres niezbędny, lecz nie dłuższy niż 90 dni.
5. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w tej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączone na mocy pozostałych postanowień O.W.U. oraz dodatkowo za **Szkody**:
 - 1) wynikające z opóźnień w dostawie lub płatności;
 - 2) wynikające z nieosiągnięcia spodziewanego zysku, w tym również na skutek spadku przychodów ze sprzedaży rzeczy nie zawierających wadliwego **Produktu**;
 - 3) obejmujące koszty naprawienia lub udoskonalenia samego wadliwego **Produktu**;
 - 4) wyrządzone podmiotom powiązanym kapitałowo;
 - 5) obejmujące koszty wytworzenia lub zakupu wadliwego **Produktu**.
6. W zakresie objętym tą klauzulą nie stosuje się wyłączenia roszczeń wynikających z przepisów o rękojmi za wady towaru i gwarancji jakości zawartego w § 7 ust. 1 O.W.U.

Klauzula nr 9

Rozszerzenie odpowiedzialności o koszty poniesione przez Poszkodowanego na usunięcie, demontaż lub odstąpienie wadliwych Produktów po raz pierwszy oraz na montaż Produktów wolnych od wad

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 8) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za koszty poniesione przez **Poszkodowanego** na usunięcie, demontaż lub odstąpienie wadliwych **Produktów** po raz pierwszy oraz na montaż **Produktów** wolnych od wad.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następujące koszty poniesione przez **Poszkodowanego** w celu zastąpienia wadliwego **Produktu** innym wolnym od wad:
 - 1) koszty wyszukania wadliwego **Produktu** lub jego usunięcia;
 - 2) koszty zamontowania **Produktu** wolnego od wad z wyłączeniem kosztów zakupu tego **Produktu**;
 - 3) koszty podróży, diet, noclegów i wynagrodzenia za prace w godzinach nadliczbowych;
 - 4) koszty rusztowań, dźwigów lub innych maszyn, urządzeń lub narzędzi budowlanych.
3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielona w ramach tej klauzuli obejmuje wyłącznie koszty i **Szkody** spowodowane przez **Produkty Wprowadzone do obrotu** w okresie ubezpieczenia.

4. W rozumieniu niniejszej klauzuli za chwilę zajścia **Wypadku ubezpieczeniowego** uznaje się moment zamontowania wadliwego **Produktu** po raz pierwszy. W przypadku, gdy momentu zamontowania wadliwego **Produktu** nie da się jednoznacznie ustalić, za chwilę zajścia **Wypadku ubezpieczeniowego** przyjmuje się moment ujawnienia się lub wykrycia wadliwości **Produktu** po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia.
5. W sytuacji, gdy wymontowanie wadliwego **Produktu** nie jest możliwe lub gdy koszty wymiany przewyższałyby wartość **Produktu** wolnego od wad, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje koszty zastosowania innego środka mającego na celu zapobieżenie następstwom wady. Wyłączenia zawartego w § 7 ust. 1 O.W.U. nie stosuje się.
6. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w tej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączone na mocy pozostałych postanowień O.W.U., oraz dodatkowo za **Szkody**, które:
 - 1) wyniknęły z sytuacji, w których **Ubezpieczony** sam zainstalował lub zamontował wadliwy **Produkt** lub też zlecił jego montaż czy instalację we własnym imieniu i na własny rachunek;
 - 2) powstały na skutek zakupu lub wytworzenia **Produktu** wolnego od wad, w tym także cła i kosztów jego transportu do poszkodowanej **Osoby trzeciej**;
 - 3) zostały wyrządzone przez wadliwy **Produkt** stanowiący część składową pojazdów samochodowych, urządzeń oraz statków pływających, powietrznych i kosmicznych, chyba że **Ubezpieczony** nie wiedział ani przy dołożeniu należytej staranności nie mógł dowiedzieć się, że jego **Produkty** są wykorzystywane do takich celów.

Klauzula nr 10

Wyłączenie odpowiedzialności za Szkody rzeczowe lub Szkody osobowe wyrządzone przez dostarczoną lub wyprodukowaną energię oraz Szkody wynikłe z niedostarczenia energii lub dostarczenia energii o parametrach innych niż uzgodnione

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 9) O.W.U., na podstawie tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody rzeczowe** lub **Szkody osobowe** wyrządzone przez dostarczoną lub wyprodukowaną przez niego energię lub wynikłe z niedostarczenia energii lub dostarczenia energii o parametrach innych niż uzgodnione.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje **Szkód** powstałych na skutek produkcji, dystrybucji lub innego wykorzystania energii jądrowej.

Klauzula kosztów ochrony prawnej

1. Na podstawie tej klauzuli ustala się, że ochroną ubezpieczeniową objęte są koszty pomocy prawnej na rzecz ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego, pod warunkiem że są one związane z prowadzoną działalnością gospodarczą oraz posiadaniem mienia, oraz jeżeli wypadek powodujący konieczność uzyskania pomocy prawnej przez Ubezpieczonego nastąpił w okresie ubezpieczenia.
2. Przez użyte w treści klauzuli określenie wynagrodzenie adwokata lub radcy prawnego należy rozumieć wynagrodzenie jednego adwokata lub radcy prawnego z tytułu zastępstwa procesowego lub obrony pokrywane do wysokości ustalonej zgodnie z odpowiednimi przepisami regulującymi wysokość minimalnego wynagrodzenia za czynności adwokata lub radcy prawnego. W przypadku braku takich przepisów stosuje się odpowiednio przepisy regulujące zasady ponoszenia przez państwo (Skarb Państwa) kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu. W każdym przypadku wynagrodzenie adwokata lub radcy prawnego z tytułu zastępstwa prawnego lub obrony ustala się w wysokości nie wyższej niż dla adwokata lub radcy prawnego mającego siedzibę w miejscowości, w której znajduje się siedziba sądu właściwego miejscowo i rzeczowo do orzekania w sprawie w I instancji.
3. Ochroną ubezpieczeniową objęte są wyłącznie koszty ochrony prawnej dla szkód wynikających z prowadzonej działalności gospodarczej i posiadanego mienia, które powstały na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Suma ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej wynosi 30 000 zł i stanowi górną granicę odpowiedzialności Allianz na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia. Koszt ubezpieczenia wynosi 30 zł.
5. Zakres ubezpieczenia obejmuje udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego w postaci refundacji kosztów pomocy prawnej na rzecz ochrony interesów prawnych zagwarantowanych w niniejszej klauzuli.
6. Pomoc prawna, o której mowa w ust. 5, obejmuje refundację kosztów koniecznych dla:
 - 1) dochodzenia roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych;
 - 2) obrony przed roszczeniami odszkodowawczymi osób trzecich z tytułu czynów niedozwolonych.
7. Allianz zobowiązuje się w zakresie wskazanym w ust. 6 zrefundować koszty ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego, o ile będą one niezbędne do reprezentowania jego zasadnych interesów prawnych, a mianowicie:
 - 1) koszty procesu sądowego przed sądem powszechnym, w tym:
 - a) wynagrodzenie jednego adwokata lub radcy prawnego;
 - b) koszty sądowe wszystkich instancji;
 - c) koszty zasądzone od Ubezpieczonego na rzecz strony przeciwnej (w tym również koszty zasądzone przez sąd z tytułu udziału w postępowaniu karnym oskarżyciela posiłkowego);
 - 2) koszty postępowania egzekucyjnego w zakresie maksymalnie trzech dowolnie wybranych przedmiotów egzekucji, podjętego na podstawie jednego tytułu wykonawczego w stosunku do tego samego podmiotu, w wysokości nie większej niż 10 000 zł łącznie (podlimit sumy ubezpieczenia);
 - 3) koszty postępowania sądu polubownego aż do zakończenia postępowania o stwierdzenie wykonalności wyroku sądu polubownego, do wysokości 100% kosztów sądowych, które by powstały przed właściwym sądem powszechnym I instancji.
8. W ramach umowy ubezpieczenia, poza świadczeniami wymienionymi w ust. 7, Allianz organizuje i pokrywa koszty świadczenia przez Centrum Informacji Prawnej usług informacyjnych, polegających na udzielaniu pomocy prawnej przez prawników, pod numerem telefonu wskazanym w polisie, w zakresie:
 - 1) udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) praw i obowiązków związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, przy czym w tym wypadku usługa nie musi dotyczyć wypadków, które zaistniały w okresie ubezpieczenia;
 - 3) informowanie Ubezpieczonych o procedurze prawnej prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony swoich praw;
 - 4) informowanie o kosztach prowadzenia sporów prawnych;
 - 5) przysyłanie aktualnych oraz historycznych aktów prawnych;
 - 6) udzielanie informacji teleadresowych o sądach, prawnikach, notariuszach.
9. W zależności od charakteru zgłaszanego problemu – sprawa jest załatwiana:
 - 1) na bieżąco podczas rozmowy telefonicznej (informacja prawna);
 - 2) poprzez sporządzenie opinii prawnej lub zaopiniowanie dokumentu prawnego i przesłanie dokumentu lub opinii Ubezpieczonemu e-mailem bądź faksem (opinia prawna);
 - 3) poprzez przesłanie dokumentów (przesyłanie tekstów aktualnych i historycznych aktów prawnych; wzorów pism i umów, informacje teleadresowe dotyczące sądów, prokuratur, kancelarii itp.).
10. Wypadkiem ubezpieczeniowym uzasadniającym żądanie przez ubezpieczonego udzielenia świadczenia przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych oraz w ramach obrony przed roszczeniami osób trzecich z tytułu czynów niedozwolonych jest powstanie szkody skutkującej powstaniem roszczenia, przy czym za moment powstania wypadku ubezpieczeniowego uważa się dzień powstania szkody.
11. Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje obrony interesów prawnych:
 - 1) pozostających w bezpośrednim lub pośrednim związku z działaniami wojennymi, niepokojami społecznymi, rozruchami, strajkami, lokautem i trzęsieniami ziemi;
 - 2) pozostających w bezpośrednim lub pośrednim związku ze szkodami nuklearnymi wywołanymi przez reaktory jądrowe albo ze szkodami genetycznymi spowodowanymi promieniowaniem radioaktywnym, jeśli szkody te nie zostały spowodowane wskutek opieki medycznej;
 - 3) z zakresu prawa handlowego, prawa spółek handlowych, umów agencyjnych, prawa funduszy inwestycyjnych, prawa obligacji, papierów wartościowych, prawa spółdzielczego i prawa dotyczącego spółdzielni mieszkaniowych, prawa o stowarzyszeniach i związkach zawodowych oraz z zakresu zbiorowego prawa pracy i zbiorowego prawa regulującego status urzędników państwowych i samorządowych;
 - 4) wynikających z umów o pracę lub innych stosunków prawnych dotyczących pełnienia funkcji członków ustawowych organów osób prawnych;
 - 5) z zakresu prawa patentowego, autorskiego, znaków towarowych, pozostałego prawa własności intelektualnej i przemysłowej, prawa ochrony konkurencji (antymonopolowego) oraz prawa dotyczącego zasad konkurencji;
 - 6) pozostającymi w związku z grą i zakładem oraz transakcjami terminowymi i spekulacyjnymi;
 - 7) z umów poręczenia i przejęcia długów;
 - 8) z zakresu prawa budowlanego oraz pozostających w związku z:
 - a) nabyciem albo zbyciem nieruchomości przeznaczonych pod zabudowę;
 - b) planowaniem, projektowaniem lub budową budynku albo części budynku, które są własnością lub znajdują się w posiadaniu **Ubezpieczonego** albo też **Ubezpieczony** zamierza je nabyć lub objąć w posiadanie;
 - c) przebudową nieruchomości, budynku lub części budynku, jeśli do jej dokonania konieczne jest uzyskanie jakichkolwiek zezwoleń lub pozwoleń, a nieruchomość, budynek lub część budynku są własnością lub znajdują się w posiadaniu **Ubezpieczonego** albo też **Ubezpieczony** zamierza je nabyć lub objąć w posiadanie;
 - d) finansowaniem przedsięwzięć określonych w punktach a)-c);
 - 9) z zakresu prawa górniczego i geologicznego, w szczególności w związku ze szkodami na nieruchomościach, spowodowanymi ruchem zakładu górniczego;
 - 10) z zakresu prawa podatkowego, celnego oraz dotyczącego innych opłat publicznoprawnych, a także prawa karnego skarbowego;
 - 11) z zakresu prawa prasowego i prawa ochrony danych osobowych;
 - 12) w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym, sądami konstytucyjnymi oraz trybunałami międzynarodowymi, chyba że postępowanie dotyczy obrony interesów prawnych

- pracowników organizacji międzynarodowych w zakresie stosunków pracy albo publicznoprawnych stosunków zatrudnienia;
- 13) w związku z postępowaniem układowym, naprawczym albo upadłościowym, które zostało albo ma zostać wszczęte;
 - 14) w związku z planem zagospodarowania przestrzennego, podziałem, scalaniem i wywłaszczaniem nieruchomości oraz prywatyzacją, reprivatyzacją i innymi przekształceniami własnościowymi o podobnym charakterze;
 - 15) jeżeli koszty obrony tych interesów prawnych są pokryte z innej umowy ubezpieczenia, zawartej na wcześniejszy lub późniejszy okres ubezpieczenia;
 - 16) w związku z posiadaniem pojazdów mechanicznych;
12. We wszystkich sprawach wyłączonych z zakresu Ubezpieczenia istnieje możliwość skorzystania z usługi informacji prawnej.
13. **Ubezpieczony**, który zamierza skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, zobowiązany jest:
- 1) niezwłocznie poinformować w drodze pisemnej Allianz o zaistnieniu wypadku ubezpieczeniowego i jego okolicznościach, przekazując wszelkie informacje, dokumenty, dowody i korespondencję;
 - 2) podjąć aktywną współpracę z Allianz w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności i przyczyn postania szkody oraz ustalenia jej rozmiaru, w tym udzielać wszelkich wyjaśnień o stanie sprawy na żądanie Allianz.
14. **Ubezpieczony** zobowiązany jest:
- 1) na uzasadnione żądanie Allianz przed wystąpieniem na drogę postępowania sądowego przeprowadzić przedsądowe postępowanie, zmierzające do korzystnego dla Ubezpieczonego zakończenia sprawy;
 - 2) na uzasadnione żądanie Allianz złożyć tylko zastrzeżenie do próby ugodowej albo powództwo częściowe i wstrzymać się z dochodzeniem pozostałych roszczeń do momentu uprawnienia się orzeczenia co do części roszczenia;
 - 3) wstrzymać się od dochodzenia swoich roszczeń na drodze sądowej do czasu prawomocnego zakończenia się toczącego się już innego postępowania sądowego, chyba że zwłoka mogłaby doprowadzić do przedawnienia roszczenia przez Ubezpieczonego;
 - 4) nie zawierać ugody bez uzyskania uprzedniej pisemnej akceptacji Allianz na jej zawarcie i warunki. W szczególności warunki ugody nie mogą nakładać na **Ubezpieczonego** obowiązku poniesienia kosztów wyższych niż wynikałoby to z orzeczenia sądu w takim zakresie.
15. W razie konieczności skorzystania z informacji prawnej **Ubezpieczony** powinien skontaktować się z Centrum Informacji Prawnej, dzwoniąc pod numer telefonu czynny od poniedziałku do piątku, w godzinach 9.00-17.00: +48 22 568-98-98, wysyłając faks +48 22 568-98-99 lub pisząc na podany adres e-mail: lex@corislex.pl, podając co najmniej następujące dane:
- 1) imię, nazwisko i adres zamieszkania, numer polisy;
 - 2) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z Ubezpieczonym;
 - 3) krótki opis zaistniałego wypadku ubezpieczeniowego i rodzaj koniecznej pomocy.
16. **Ubezpieczony** zobowiązany jest do współdziałania z Centrum Informacji Prawnej w zakresie niezbędnym do realizacji zobowiązania, w tym do przekazania pełnej informacji koniecznej do udzielenia pomocy prawnej i jeżeli będzie to wymagane z uwagi na istniejący stan prawny lub faktyczny – kopii posiadanej dokumentacji.
17. **Ubezpieczonemu** przysługuje prawo swobodnego wyboru adwokata lub radcy prawnego w zakresie obrony, reprezentowania lub wspierania jego interesów w postępowaniu sądowym lub administracyjnym. W przypadku gdy ze zgłoszeniem wypadku ubezpieczeniowego **Ubezpieczony** nie wskazał imiennie żadnego adwokata lub radcy prawnego, a wymagane jest niezwłoczna reprezentacja adwokata lub radcy prawnego dla ochrony prawnych interesów **Ubezpieczonego**, Allianz jest uprawniony do wyboru w imieniu **Ubezpieczonego** adwokata lub radcy prawnego. W przypadkach określonych powyżej **Ubezpieczony** udzieli wskazanemu przez Allianz adwokatowi lub radcy prawnemu stosownego pełnomocnictwa.
18. **Ubezpieczony** jest zobowiązany w pełnomocnictwie udzielonym adwokatowi lub radcy prawnemu zobowiązać adwokata lub radcę prawnego do bieżącego informowania Allianz o rozwoju sprawy.
19. Za wykonanie zlecenia adwokat lub radca prawny ponosi w stosunku do **Ubezpieczonego** bezpośrednią odpowiedzialność.
20. W ramach udzielonej ochrony Allianz dokonuje oceny sytuacji faktycznej i prawnej oraz podejmuje decyzję o uznaniu lub nie uznaniu roszczenia Ubezpieczonego i wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia.
21. Allianz może odmówić uznania swojej odpowiedzialności, wskazując okoliczności lub podstawy prawne jej braku, albo jeśli uzna, że nie ma szansy korzystnego dla Ubezpieczonego załatwienia sprawy, bądź też jeżeli obrona interesów Ubezpieczonego jest sprzeczna z dobrymi obyczajami albo jej koszty pozostają w rażącej dysproporcji do zamierzonego celu. Jeżeli orzeczono w prawomocnym wyroku popełnienie przestępstwa lub wykroczenia przez Ubezpieczonego, Allianz nie bada możliwości korzystnego załatwienia sprawy.
22. Wniosek o rozpatrzenie sporu pomiędzy zakładem ubezpieczeń a **Ubezpieczonym** może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

Odpowiedzialności Cywilnej z tytułu wykonywania zawodu

SPIS TREŚCI

Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu	
§ 1 Postanowienia Ogólne	5
§ 2 Odrębności	5
§ 3 Definicje	5
§ 4 Zakres przedmiotowy oraz czasowy ochrony ubezpieczeniowej	6
§ 5 Wyłączenia z zakresu ochrony ubezpieczeniowej	6
§ 6 Świadczenia	7
§ 7 Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności	7
§ 8 Umowa ubezpieczenia. Prawa i obowiązki stron	8
§ 9 Suma gwarancyjna	8
§ 10 Subsydiarność, ubezpieczenie nadwyżki	8
§ 11 Składka ubezpieczeniowa	8
§ 12 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego. Tryb postępowania w razie powstania szkody.	9
§ 13 Ustalenie i wypłata odszkodowania	9
§ 14 Roszczenia regresowe	10
§ 15 Zawiadomienia i oświadczenia	10
§ 16 Rozszerzenie zakresu ochrony o ubezpieczenie kosztów ochrony prawnej oraz ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej pracodawcy za wypadki przy pracy	10
§ 17 Klauzula ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej	10
§ 18 Klauzula ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pracodawcy za wypadki przy pracy	12
§ 19 Postanowienia końcowe	12
Załącznik nr 1 do OWU – klauzule określające zakres ubezpieczenia poszczególnych grup zawodowych.	13
KLAUZULA NR 1 – Ubezpieczenie OC biura tłumaczeń	13
KLAUZULA NR 2 – Ubezpieczenie OC kancelarii prawnej	13
KLAUZULA NR 3 – Ubezpieczenie OC pracowni projektowej / pracowni projektowania wnętrz	13
KLAUZULA NR 4 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie prac geodezyjnych i kartograficznych	13
KLAUZULA NR 5 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie projektowania, wykonawstwa systemów komputerowych oraz doradztwa komputerowego	14
KLAUZULA NR 6 – Ubezpieczenie OC lecznicy weterynaryjnej	14
KLAUZULA NR 7 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie zarządzania nieruchomościami	14
KLAUZULA NR 8 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie pośrednictwa w obrocie nieruchomościami	14
KLAUZULA NR 9 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego działalność konsultingową (świadczenie usług doradczych).	15
KLAUZULA NR 10 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego działalność instruktora sportu lub trenera	15
KLAUZULA NR 11 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy	15
KLAUZULA NR 12 – Ubezpieczenie OC nauczyciela.	15

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ Z TYTUŁU WYKONYWANIA ZAWODU

Skorowidz

Rodzaj informacji	Numer zapisu i strona we wzorcu
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 definicje, str. 1 i 2 § 4 ust. 1 i 2 oraz 4-6, str. 2 § 6 ust. 2, 3, 4, str. 3 § 13 ust. 1 i 2, str. 5 W zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia, ochrona może obejmować także: • Klauzula nr 1 ust.1, str. 9 • Klauzula nr 2 ust. 1, str. 9 • Klauzula nr 3 ust. 1 i 2, str. 9 • Klauzula nr 4 ust. 1, str. 9 • Klauzula nr 5 ust. 1, str. 10 • Klauzula nr 6 ust. 1, str. 10 • Klauzula nr 7 ust. 1, str. 10 • Klauzula nr 8 ust. 1, str. 10 i 11 • Klauzula nr 9 ust. 1 i 3, str. 11 • Klauzula nr 10 ust. 1, str. 11 • Klauzula nr 11 ust. 1, str. 11 • Klauzula nr 12 ust. 1 i 2, str. 11

Rodzaj informacji	Numer zapisu i strona we wzorcu
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 2 pkt 1, str. 2 § 4 ust. 3, str. 2 § 5, str. 2 i 3 § 6 ust. 5, str. 3 § 8 ust. 6, str. 4 § 9 ust. 2 i 7, str. 4 § 10 ust. 1, str. 4 § 12 ust. 1, str. 5 § 17 ust. 3, 4, str. 6 § 17 ust. 11, str. 7 § 17 ust. 21, str. 8 W zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia, mogą mieć zastosowanie również poniższe wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności: • Klauzula nr 1 ust. 3 i 4, str. 9 • Klauzula nr 2 ust. 2 i 3, str. 9 • Klauzula nr 3 ust. 3-7, str. 9 • Klauzula nr 4 ust. 3 i 4, str. 10 • Klauzula nr 5 ust. 3 i 4, str. 10 • Klauzula nr 6 ust. 3 i 4, str. 10 • Klauzula nr 7 ust. 3 i 4, str. 10 • Klauzula nr 8 ust. 3 i 4, str. 11 • Klauzula nr 9 ust. 4 i 6, str. 11 • Klauzula nr 10 ust. 3 i 4, str. 11 • Klauzula nr 11 ust. 3 i 4, str. 11 • Klauzula nr 12 ust. 3, str. 11 i 12

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej o.w.u., Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej Allianz, zawiera z osobami fizycznymi, osobami prawnymi bądź jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi, lecz posiadającymi podmiotowość prawną, zwanymi dalej Ubezpieczającymi, umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu.
2. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone w formie pisemnej postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych o.w.u. Różnice pomiędzy treścią umowy ubezpieczenia, a o.w.u. Allianz przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed jej zawarciem, chyba że do zawarcia umowy dochodzi w wyniku negocjacji.

§ 2 ODRĘBNOŚCI

Na podstawie odrębnych od wskazanych w § 1 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia, Allianz zawiera umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody:

1. związane z prowadzeniem działalności gospodarczej innej aniżeli zawodowa działalność gospodarcza objęta niniejszymi o.w.u., posiadaniem i użytkowaniem mienia oraz wprowadzeniem produktów do obrotu,
2. związane z wykonywaniem zawodu lekarza, farmaceuty lub innej osoby wykonującej zawód w służbie zdrowia,
3. związane z wykonywaniem zawodu w zakresie objętym systemem ubezpieczeń obowiązkowych.

§ 3 DEFINICJE

Użyte w niniejszych o.w.u. określenia oznaczają:

1. **Czysta szkoda majątkowa** – szkoda nie wynikająca ze śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo zniszczenia, utraty lub uszkodzenia rzeczy,
 2. **Data początkowa** – data rozpoczęcia okresu ubezpieczenia i odpowiedzialności Allianz w pierwszej umowie ubezpieczenia, przy zachowaniu takich samych warunków ubezpieczenia i kontynuowaniu umowy ubezpieczenia w następnych okresach ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że:
 - w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe rodzaje ryzyk w umowie zawartej na kolejny okres ubezpieczenia, za datę początkową dla roszczeń dotyczących ww. ryzyk uważa się datę rozpoczęcia odpowiedzialności Allianz w umowie, w której po raz pierwszy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności o te ryzyka,
 - w razie przerwania ciągłości ubezpieczenia, za datę początkową uważa się datę rozpoczęcia odpowiedzialności Allianz w nowej umowie ubezpieczenia.
- Data początkowa wyznacza dzień, od którego uchybienia są traktowane jako podstawa faktyczna do uznania wynikających z nich roszczeń za wypadek ubezpieczeniowy objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. **Data retroaktywna** – data, która może zostać indywidualnie uzgodniona przez strony i wskazana w dokumencie ubezpieczenia, określająca datę poprzedzającą okres ubezpieczenia, od której począwszy uchybienia są traktowane jako podstawa faktyczna do uznania wynikających z nich roszczeń za wypadek ubezpieczeniowy objęty ochroną na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia,
 4. **Osoba trzecia** – każda osoba nie będąca ani Ubezpieczającym, ani też Ubezpieczonym,
 5. **Osoba bliska** – małżonek, konkubent, brat, siostra, wstępny, zstępny, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teść, teściowa, zięć, synowa, przysposabiający, przysposobiony, pozostający pod opieką lub przyjęty na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w rozumieniu przepisów prawa rodzinnego,
 6. **Pracownik** – osoba zatrudniona przez Ubezpieczonego wskazane w dokumencie ubezpieczenia na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę oraz innych umów cywilnoprawnych, z wyłączeniem osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą, chyba że prowadzi działalność wyłączenie na rzecz Ubezpieczonego. Za pracownika uważa się również praktykanta, któremu Ubezpieczony powierzył wykonywanie określonych czynności na jego rzecz i pod jego kierownictwem,
 7. **Podlimit** – kwota zawierająca się w sumie gwarancyjnej, stanowiąca limit ograniczający maksymalną odpowiedzialność Allianz

z tytułu określonego ryzyka bądź z tytułu jednego wypadku ubezpieczeniowego,

8. **Podwykonawca** – osoba fizyczna nie będąca pracownikiem w rozumieniu niniejszych o.w.u. oraz osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną, lecz posiadającą podmiotowość prawną, której Ubezpieczony powierzył wykonywanie określonych czynności, prac lub usług,
 9. **Przedłużony okres zgłaszania roszczeń** – dodatkowy okres uzgodniony indywidualnie przez strony i wskazany w dokumencie ubezpieczenia, następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu ubezpieczenia na który zawarta została umowa ubezpieczenia, w związku z jej nieodnowieniem przez Ubezpieczonego lub Allianz i pod warunkiem nie zawarcia przez Ubezpieczonego w tym okresie z innym ubezpieczycielem umowy ubezpieczenia dotyczącej ryzyka objętego ochroną w oparciu o niniejsze o.w.u.. Wprowadzenie przedłużonego okresu zgłaszania roszczeń uzależnione jest od opłacenia przez Ubezpieczającego indywidualnie uzgodnionej przez strony składki (na etapie zawierania umowy ubezpieczenia lub po jej wygaśnięciu).
- Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową roszczenia wnoszone po raz pierwszy przeciwko Ubezpieczonemu w trakcie przedłużonego okresu składania roszczeń, o ile dotyczą one uchybień popełnionych przed datą zakończenia okresu ubezpieczenia.
- Przedłużony okres zgłaszania roszczeń nie ma zastosowania w żadnym przypadku, jeżeli umowa ubezpieczenia została wypowiedziana przez Allianz z powodu braku opłacenia przez Ubezpieczającego składki lub raty składki na podstawie art. 814 § 2 lub 3 k.c.
10. **Roszczenie** – jakiegokolwiek pisemne żądanie (w tym pozew) zapłaty odszkodowania za szkodę wynikającą z uchybienia za które ponosi odpowiedzialność Ubezpieczony. Za roszczenie uważa się także pisemne zawiadomienie o wszczętym postępowaniu,
 11. **Szkoda** – szkoda na osobie, szkoda rzeczowa lub czysta szkoda majątkowa,
 12. **Szkoda na osobie** – śmierć, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia osoby trzeciej a także utracone korzyści, które osoba trzecia by mogła osiągnąć, gdyby szkoda nie została wyrządzona oraz straty pozostające w normalnym związku przyczynowym ze śmiercią, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia.
- W razie wątpliwości co do momentu powstania szkody osobowej uważa się, że szkoda osobowa powstała w momencie, gdy poszkodowana osoba trzecia po raz pierwszy skontaktowała się z lekarzem w związku z objawami, które były podstawą roszczenia,
13. **Szkoda rzeczowa** – uszkodzenie lub zniszczenie rzeczy ruchomej lub nieruchomości osoby trzeciej, a także utracone korzyści, które osoba trzecia by mogła osiągnąć, gdyby nie zostało zniszczone lub uszkodzone jej mienie,
 14. **Suma gwarancyjna** – określona w dokumencie ubezpieczenia kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Allianz w odniesieniu do jednego i wszystkich wypadków ubezpieczeniowych,
 15. **Franszyza redukcyjna** – określona w niniejszych o.w.u., kwotowo lub kwotowo-procentowo wartość potrącana przy wypłacie świadczenia, chyba że w dokumencie ubezpieczenia określono inaczej. Franszyza redukcyjna nie ma zastosowania w szkodach na osobie,
 16. **Ubezpieczający** – ten, kto zawarł umowę ubezpieczenia na swój lub cudzy rachunek,
 17. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, osoba prawna bądź jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną, lecz posiadająca podmiotowość prawną (przedsiębiorca), której odpowiedzialność cywilna objęta jest ubezpieczeniem w zakresie wskazanym w dokumencie ubezpieczenia, a wraz z nią w zakresie roszczeń wnoszonych w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych lub czynności faktycznych i prawnych na jej rzecz – obecni i byli pracownicy, wspólnicy, pełnomocnicy,
 18. **Uchybienie** – oznacza wszelkie skutkujące szkodą działania i zaniechania popełnione w związku z wykonywaną przez Ubezpieczonego działalnością zawodową objętą ochroną ubezpieczeniową,
 19. **Wartości pieniężne** – krajowe i zagraniczne znaki pieniężne, чеки, weksle i inne dokumenty zastępujące w obrocie gotówkę, w tym karty płatnicze i kredytowe, złoto, srebro i wyroby z tych metali, kamienie szlachetne, platyna i pozostałe metale z grupy platynowców,
 20. **Wypadek ubezpieczeniowy** – roszczenie skierowane po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia lub w przedłużonym okresie zgłaszania roszczeń z tytułu uchybień popełnionych po dacie początkowej lub retroaktywnej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia,
 21. **Zakres terytorialny** – ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych o.w.u. są objęte uchybienia, jak również szkody mające miejsce na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
 22. **Zawód objęty ubezpieczeniem** – zawód wskazany w dokumencie ubezpieczenia w oparciu o jedną z klauzul zawartych w Załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u.

§ 4 ZAKRES PRZEDMIOTOWY ORAZ CZASOWY OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody poniesione przez osoby trzecie wskutek uchybienia popełnionego przez Ubezpieczonego w związku z wykonywaniem działalności zawodowej objętej ochroną ubezpieczeniową w oparciu o niniejsze o.w.u. (OC zawodowa).
2. Szczegółowy zakres ubezpieczenia w odniesieniu do poszczególnych grup zawodowych (podmiotów) zdefiniowany jest poprzez klauzule dodatkowe zawarte w Załączniku nr 1 stanowiącym integralną część o.w.u. Niniejsze o.w.u. dedykowane są dla:
 - tłumaczy,
 - kancelarii prawnych,
 - pracowni projektowych / pracowni projektowania wnętrz,
 - geodetów i kartografów,
 - projektantów, wykonawców systemów komputerowych oraz doradców komputerowych,
 - lekarzy weterynarii i techników weterynarii,
 - zarządców nieruchomości,
 - pośredników w obrocie nieruchomości,
 - konsultantów,
 - trenerów i instruktorów sportu,
 - pracowników służb bhp,
 - nauczycieli.

W zakresie nieuregulowanym klauzulami dodatkowymi zastosowanie mają postanowienia niniejszych o.w.u.

3. Ochroną ubezpieczeniową są objęte roszczenia dotyczące szkód wyrządzonych przez osoby za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność, w tym za szkody wyrządzone przez podwykonawców Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem że po wypłacie odszkodowania Allianz zachowuje prawo regresu do podwykonawcy odpowiedzialnego za szkodę.
4. Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody wyrządzone nieumyślnie, w tym wskutek rażącego niedbalstwa.
5. W oparciu o niniejsze o.w.u. ochroną ubezpieczeniową są również objęte szkody osobowe lub rzeczowe powstałe w związku z posiadaniem i użytkowaniem przez Ubezpieczonego pomieszczeń dla potrzeb wykonywania zawodu objętego ubezpieczeniem, w tym w związku z najmem pomieszczeń od osób trzecich (OC najemcy nieruchomości). Podlimit sumy gwarancyjnej dla tego rodzaju szkód odpowiada wysokości ogólnej sumy gwarancyjnej, a franszyza redukcyjna wynosi 500 zł.
6. Ubezpieczenie obejmuje odpowiedzialność Ubezpieczonego za szkody wynikające z utraty, zniszczenia lub zagubienia dokumentów powierzonych Ubezpieczonemu w związku z wykonywaniem zawodu objętego ubezpieczeniem, przy czym ochroną są objęte wyłącznie roszczenia o odtworzenie akt (OC za szkody w dokumentach). W tym zakresie ustala się podlimit sumy gwarancyjnej w wysokości 100 000 zł na jedno i na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe, chyba że w umowie ubezpieczenia wprowadzono niższy limit ogólnej sumy gwarancyjnej, wówczas obowiązuje limit wskazany w polisie. Franszyza redukcyjna wynosi 500 zł.
7. Na warunkach określonych w § 17 niniejszych o.w.u., przedmiotem ubezpieczenia są również koszty ochrony prawnej Ubezpieczonego. W tym zakresie wprowadza się odrębny limit odpowiedzialności (sumę ubezpieczenia) w wysokości 10 000 zł.
8. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony dodatkowo poprzez włączenie do umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego za wypadki przy pracy (§ 18 niniejszych o.w.u.).

2. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona na podstawie niniejszych o.w.u. nie obejmuje roszczeń o wykonanie lub o należyte wykonanie zobowiązań, jak również roszczeń związanych z wykonaniem zastępczym. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje również roszczeń o zwrot kosztów poniesionych na poczet, bądź w celu wykonania zobowiązań oraz roszczeń wynikających z przepisów o rękojmi, niezgodności towaru z umową i gwarancji jakości. Jednakże ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód będących następstwem niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień niniejszych o.w.u.
2. Roszczenia w tytule utraconych korzyści lub innych strat wynikających z wypadku ubezpieczeniowego są objęte ochroną, o ile

szkoda, której są konsekwencją, jest objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych o.w.u.

3. Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie niniejszych o.w.u. jest świadczona wyłącznie w odniesieniu do wypadków ubezpieczeniowych, to jest roszczeń skierowanych po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia lub w przedłużonym okresie zgłaszania roszczeń, z tytułu uchybień popełnionych po dacie początkowej lub retroaktywnej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.
2. Roszczenie zostanie uznane za wniesione w momencie otrzymania przez Allianz pisemnego zawiadomienia o zaistnieniu takiego roszczenia.
3. Każde roszczenie lub roszczenia, których podstawę lub przyczynę stanowi to samo bądź powiązane uchybienie, zostaną dla celów niniejszych o.w.u. uznane za jedno roszczenie (wypadek ubezpieczeniowy) i za zgłoszone w momencie wniesienia przeciwko Ubezpieczonemu pierwszego z roszczeń.

§ 5 WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Niniejsze o.w.u. nie obejmują swoim zakresem szkód:
 1. wyrządzonych przez Ubezpieczonego umyślnie; w przypadku odpowiedzialności za wykonane usługi, uprzednia w stosunku do ich przekazania świadomość ich wadliwości lub niepodjęcie środków zaradczych, w tym niepoinformowanie zainteresowanych zanim szkoda nastąpi, jest traktowana jak działanie umyślne,
 2. wyrządzonych przez osobę nie posiadającą uprawnień do wykonywania zawodu, która miała zakaz lub zawieszone prawo do wykonywania zawodu,
 3. spowodowanych wskutek pozostawiania sprawcy uchybienia pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
 4. za które Ubezpieczony jest odpowiedzialny wskutek umownego przejścia odpowiedzialności cywilnej innej osoby (podmiotu) albo wskutek rozszerzenia zakresu własnej odpowiedzialności ponad wynikającą z ustawy,
 5. które na podstawie właściwego prawa winny być lub były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń obowiązkowych,
 6. nałożonych na Ubezpieczonego kar pieniężnych, kar umownych, grzywnien sądowych, grzywnien i kar administracyjnych i odszkodowań o charakterze karnym (exemplary & punitive damages) oraz innych kar i środków karnych o charakterze pieniężnym np. nawiązek,
 7. powstałych w związku ze sprawowaniem przez Ubezpieczonego funkcji członka władz spółki kapitałowej, jak również roszczeń wynikających ze stosunku pracy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 niniejszego paragrafu,
 8. wyrządzonych osobom bliskim Ubezpieczonego lub roszczeń podnoszonych przez osoby prawne lub fizyczne należące do tej samej co Ubezpieczony grupy kapitałowej w rozumieniu przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów,
 9. z tytułu niedotrzymania terminów wykonania czynności zawodowych, przekroczenia ustalonych kosztorysów i harmonogramów prac,
 10. w związku z naruszeniem praw własności intelektualnej, jak również związanych z naruszeniem dóbr osobistych innych niż objęte zakresem szkody na osobie,
 11. wynikających z ujawnienia wiadomości poufnej lub objętej tajemnicą zawodową,
 12. dochodzonych według obcego prawa materialnego lub przed obcym sądem, w tym także z tytułu orzeczeń obcych sądów wykonywanych w Polsce,
 13. z tytułu szkód w wartościach pieniężnych, papierach wartościowych lub dokumentach archiwalnych, jak również szkód wynikających z prowadzenia kasy, dokonywania wszelkiego rodzaju płatności, bądź sprzeniewierzenia,
 14. w rzeczach znajdujących się w pieczy, pod dozorem lub kontrolą Ubezpieczonego, za wyjątkiem szkód w dokumentach powierzonych Ubezpieczonemu w związku z wykonywaniem czynności zawodowych objętych ubezpieczeniem w oparciu o § 4 ust. 1 pkt 6) niniejszych o.w.u.,
 15. będących następstwem lub wynikających z faktu ogłoszenia upadłości Ubezpieczonego.
2. Niniejsze o.w.u. nie obejmują swoim zakresem również szkód:
 1. wyrządzonych w środowisku naturalnym, w tym odpowiedzialności regulowanej przepisami Dyrektywy Komisji Europejskiej i Rady 2004/35/CE o zapobieganiu i zaradzaniu szkodom

- wyrządzonym w środowisku naturalnym, jak również szkód geologicznych i górniczych,
- 2. wyrządzonych w związku z zastosowaniem azbestu, formaldehydu oraz dioksyn,
- 3. których powstanie związane jest bezpośrednio lub pośrednio z promieniowaniem wysokoenergetycznym, jonizującym oraz laserowym, ze skażeniem radioaktywnym, a także wynikających z bezpośredniego lub pośredniego z oddziaływania pola elektromagnetycznego,
- 4. powstałych w następstwie działań wojennych, wojny domowej, rewolucji, rozruchów, zamieszek, aktów terroru, lokautu, wandalizmu lub sabotażu,
- 5. wyrządzonych przez wszelkiego rodzaju wirusy komputerowe lub innego rodzaju programy zakłócające pracę jakiegokolwiek programu, komputera, sieci, telefonu, niezależnie od przyczyn ich pojawienia się, w tym związanych z Internetem lub korzystaniem z Internetu,
- 6. które powstały wskutek zagrzybienia, wibracji, stopniowego lub długotrwałego oddziaływania hałasu, temperatury, wody, gazów, oparów, pleśni, dymu, kurzu, bakterii i wirusów; oddziaływanie stopniowe lub długotrwałe to takie, które wpływa na otoczenie w sposób ciągły, prowadząc do szkody, której nie można w związku z tym określić jako nagłej i niespodziewanej,
- 7. które powstały na skutek zapadnięcia się lub osiadania terenu (również budowli wzniesionej na nim) lub innego rodzaju przemieszczeń gruntu, obsunięcia się ziemi, zalania przez wody stojące, płynące,
- 8. dotyczących produktu zawierającego krew, osocze, substancje krwiopochodne, zmodyfikowanego genetycznie, spowodowane przez wirus HIV, BSE oraz powstałych w wyniku uszkodzenia kodu genetycznego.
- 9. powstałych wskutek, opartych na, lub dających się przypisać wypadkowi cyber, w tym wynikających z niego strat, opłat, kosztów lub odpowiedzialności.

Na potrzeby niniejszego wyłączenia:

- 1) pod pojęciem wypadku cyber rozumie się jakiegokolwiek faktyczne, domniemane lub podejrzewane:
 - a) uszkodzenie, zniszczenie, utratę, kradzież lub utratę operacyjnej kontroli danych, nieautoryzowane lub niedbałe przetwarzanie, gromadzenie, nagrywanie, uzyskiwanie, ujawnianie, rozpowszechnianie lub usuwanie danych przez Ubezpieczonego, lub przez inny podmiot działający na zlecenie Ubezpieczonego (w tym przez niezależnego wykonawcę, czy przez outsourcowanego dostawcę usług), lub
 - b) nieautoryzowany dostęp lub nieautoryzowane wykorzystanie jakichkolwiek danych osobowych lub informacji poufnych w jakikolwiek sposób przetwarzanych przez Ubezpieczonego lub przez inny podmiot działający na zlecenie Ubezpieczonego, w tym niezależnych wykonawców, czy outsourcowanych dostawców usług (za wyjątkiem danych, które zgodnie z obowiązującym prawem są dostępne w domenie publicznej lub dla opinii publicznej, chyba że takie informacje stały się jednoznacznie identyfikowalne poprzez zbieranie lub przetwarzanie), znajdujących się pod ich opieką i nadzorem lub kontrolą, lub
 - c) technologiczna, mająca nie fizyczny charakter awaria systemu komputerowego lub awaria środków bezpieczeństwa technologicznego, mających na celu ochronę danych w dowolnej formie; obejmuje to między innymi zakłócenie działalności Ubezpieczonego spowodowane przez takie zdarzenie, lub
 - d) złośliwe kierowanie ruchem sieciowym, wprowadzanie złośliwego kodu komputerowego, lub inny złośliwy atak skierowany na, występujący w, lub wykorzystujący system komputerowy; obejmuje to również zakłócenie działalności Ubezpieczonego spowodowane przez takie zdarzenie, lub
 - e) zakłócenie działalności Ubezpieczonego spowodowane przez przypadkowe, niezamierzone lub niedbałe działanie, błąd lub zaniechanie Ubezpieczonego w eksploatacji lub utrzymywaniu systemu komputerowego, które powoduje całkowitą lub częściową niedostępność systemu komputerowego, lub
 - f) naruszenie przepisów prawa o charakterze ustawowym i wykonawczym w przedmiocie ochrony danych osobowych, wynikające z pkt a) – e) powyżej;
- 2) wprowadza się poniższe definicje:
 - a) dane – dane lub informacje, w tym również dane osobowe lub informacje poufne (za wyjątkiem danych, które zgodnie z obowiązującym prawem są dostępne w domenie publicznej lub dla opinii publicznej, chyba że takie informacje stały

się jednoznacznie identyfikowalne poprzez zbieranie lub przetwarzanie),

- b) system komputerowy – system komputerowy, w tym między innymi sprzęt komputerowy, oprogramowanie lub programy komputerowe będące własnością, użytkowane lub będące w posiadaniu Ubezpieczonego na podstawie innego tytułu prawnego, lub które są udostępniane Ubezpieczonemu lub innemu podmiotowi działającemu na zlecenie Ubezpieczonego (w tym wykonawcy Ubezpieczonego lub outsourcowanemu dostawcy usług na rzecz Ubezpieczonego), celem przechowywania i przetwarzania danych elektronicznych lub oprogramowania Ubezpieczonego.
3. O ile zakres ochrony ubezpieczeniowej nie został rozszerzony przez włączenie do umowy ubezpieczenia uzgodnionej na piśmie dodatkowej klauzuli ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pracodawcy za wypadki przy pracy, wskazanej w § 18 niniejszych o.w.u., ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje i Allianz nie odpowiada szkody osobowe i rzeczowe wyrządzone pracownikom Ubezpieczonego w związku z wykonywaniem obowiązków na jego rzecz.
4. Od ostatecznie wyliczonej kwoty odszkodowania potrąca się franszyzę redukcyjną w wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia.

§ 6 ŚWIADCZENIA

1. W granicach swej odpowiedzialności, do wysokości sumy gwarancyjnej, Allianz zobowiązany jest do:
 - 1) zbadania zasadności wysuwanych przeciwko Ubezpieczonemu roszczeń,
 - 2) wypłaty odszkodowania, które Ubezpieczony zobowiązany jest zapłacić poszkodowanej osobie trzeciej z tytułu ryzyka określonych w umowie ubezpieczenia, w granicach wyznaczonych w umowie ubezpieczenia i którego wysokość została ustalona przez Allianz na podstawie uznania roszczenia, ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Allianz pokrywa także:
 - 1) koszty wynagrodzenia ekspertów powołanych w uzgodnieniu z Allianz w celu ustalenia okoliczności, przyczyn i rozmiaru szkody,
 - 2) niezbędne koszty zastępstwa procesowego w sporze prowadzonym na polecenie Allianz lub za jego zgodą; jeżeli w wyniku wypadku ubezpieczeniowego powodującego odpowiedzialność Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową zostanie przeciwko niemu wszczęte postępowanie karne, Allianz pokryje koszty obrony, jeżeli zażądał jej powołania lub wyraził zgodę na pokrycie tych kosztów.
3. Koszty o których mowa w ust. 2 pkt 1) i 2) pokrywane są ponad sumę gwarancyjną, o ile roszczenie jest objęte ochroną w ramach umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli wysokość roszczenia/roszczeń przekracza sumę gwarancyjną, Allianz pokrywa koszty ekspertów i zastępstwa procesowego w proporcji, która odpowiada stosunkowi sumy gwarancyjnej do wysokości roszczenia/roszczeń również wtedy, gdy jeden wypadek ubezpieczeniowy prowadzi do kilku procesów sądowych. W powyższych sytuacjach wypłata kwoty równej sumie gwarancyjnej oraz proporcjonalne pokrycie powstałych już kosztów związanych z zastępstwem procesowym zwalnia Allianz z obowiązku dalszych świadczeń.
5. Allianz nie odpowiada za dodatkowe koszty, które wynikły z braku zgody Ubezpieczonego na zawarcie przez Allianz ugody z poszkodowanym lub na zaspokojenie jego roszczeń. Powyższe stosuje się także wówczas, gdy wysokość zasądzonego odszkodowania jest wyższa niż wynikać to miało z proponowanej ugody.

§ 7 OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku, jeżeli nie ustalono inaczej.
2. Odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się od dnia oznaczonego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dnia następującego po zawarciu umowy i nie wcześniej niż dnia następnego po opłaceniu składki lub pierwszej raty składki.
3. Jeżeli Allianz zobowiąże się w dokumencie ubezpieczenia do świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przed zaplaceniem składki bądź pierwszej raty składki (płatność odroczone), to ochrona

ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.

4. Umowa ubezpieczenia kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta, chyba że stosunek ubezpieczenia wygaśnie przed tym terminem na skutek innych przewidzianych w umowie lub w przepisach powszechnie obowiązującego prawa zdarzeń prawnych.
5. Odpowiedzialność Allianz kończy się:
 - 1) o północy w dniu określonym w dokumencie ubezpieczenia jako koniec ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) z dniem rozwiązania umowy przed upływem umówionego terminu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, na mocy porozumienia stron lub wypowiedzenia stosownie do postanowień § 11 ust. 5 i 7,
 - 3) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, w sytuacji opisanej w ust. 6 poniżej,
 - 4) z dniem odstąpienia od umowy w sytuacjach opisanych w ust. 7 poniżej oraz w § 8 ust. 7.
6. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje również po wyczerpaniu sumy gwarancyjnej przez co należy rozumieć wypłatę świadczenia lub świadczeń w kwotach równych jej wysokości. Wyczerpanie sumy gwarancyjnej jest wykorzystaniem w całości ochrony ubezpieczeniowej.
7. Jeżeli umowa została zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia, pisemnie na adres Allianz wskazany w dokumencie ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
8. Skrócenie okresu udzielania ochrony ubezpieczeniowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Allianz udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 8 UMOWA UBEZPIECZENIA. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie zapytania o ofertę, wystosowanego przez Ubezpieczającego oraz informacji podanych przez niego, o które Allianz zapytywał na piśmie, także przy użyciu formularzy (wniosek ubezpieczeniowy). Informacje przekazane przez Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
2. Zapytanie Ubezpieczającego powinno zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) nazwę (imię i nazwisko), adres Ubezpieczającego, jak również Ubezpieczonego, jeśli ma zostać zawarta umowa na rzecz osoby trzeciej,
 - 2) wnioskowany okres ubezpieczenia,
 - 3) wnioskowaną wysokość sumy gwarancyjnej,
 - 4) obrót osiągnięty w okresie ostatnich 12-u mcy, a w razie rozpoczęcia działalności obrót przewidywany na najbliższych 12 miesięcy,
 - 5) liczbę, wielkość, rodzaj szkód powstałych w okresie ostatnich trzech lat, za których powstanie odpowiedzialny jest Ubezpieczający albo Ubezpieczony lub z których roszczenia wysunięto wobec niego w tym okresie,
 - 6) określenie rodzaju zawodu mającego podlegać ochronie ubezpieczeniowej (poprzez wybranie jednej z Klauzul wskazanych we wniosku ubezpieczeniowym),
 - 7) wnioskowany zakres ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz zapytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Allianz umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
4. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać Allianz o zmianach okoliczności wymienionych w ustępie poprzedzającym niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
5. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, obowiązki określone w ustępach 3 – 4 powyżej spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

6. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 3 – 5 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ustępów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
7. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku 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, pisemnie na adres wskazany w dokumencie ubezpieczenia.
8. Allianz potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.

§ 9 SUMA GWARANCYJNA

1. Suma gwarancyjna określana jest przez strony na wniosek Ubezpieczającego.
2. Suma gwarancyjna stanowi górną granicę odpowiedzialności Allianz w odniesieniu do jednego i wszystkich wypadków w okresie ubezpieczenia, łącznie dla wszystkich rodzajów szkód, z zastrzeżeniem postanowień § 9 ust. 3.
3. W stosunku do określonych ryzyk, rodzajów szkód bądź z tytułu jednego wypadku ubezpieczeniowego mogą zostać w umowie ubezpieczenia określone indywidualne limity stanowiące dla tych ryzyk lub rodzajów zdarzeń górne granice odpowiedzialności w ramach całej sumy gwarancyjnej (podlimity).
4. Suma gwarancyjna ulega każdorazowemu zmniejszeniu o wysokość wypłaconego odszkodowania, aż do jej całkowitego wyczerpania. Niniejszą zasadę stosuje się również do podlimitów określonych w ust. 3 powyżej. Wypłata odszkodowania w ramach podlimitu powoduje zmniejszenie sumy gwarancyjnej i podlimitu. Jeżeli na skutek wypłaty odszkodowania z zakresu ogólnego (nieograniczonego podlimitami) suma gwarancyjna zostanie obniżona do wysokości podlimitu, wówczas kolejna wypłata obniży zarówno sumę gwarancyjną, jak i dany podlimit.
5. Część sumy gwarancyjnej określonej w dokumencie ubezpieczenia, której nie wyczerpały wypłaty w ostatnio zakończonym okresie ubezpieczenia, będzie dostępna dla wszystkich wypadków ubezpieczeniowych zaistniałych i zgłoszonych Allianz w przedłużonym okresie zgłaszania roszczeń, jeżeli ma on zastosowanie. Dla ustalenia początku biegu przedłużonego okresu zgłaszania roszczeń właściwy jest moment, w którym kończy się okres ubezpieczenia.
6. Koszty ochrony prawnej, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 7, pokrywane są w granicach odrębnej sumy ubezpieczenia w wysokości 10 000 zł na jeden i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe w okresie ubezpieczenia, niezależnie od podstawowej sumy gwarancyjnej. Postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio również do sumy ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej.
7. W Załączniku nr 1 do o.w.u. określona jest franszyza redukcyjna mająca zastosowanie w danej umowie ubezpieczenia. Jeżeli nie ustalono inaczej, franszyza redukcyjna stosuje się do każdego z wypadków ubezpieczeniowych.
8. Na mocy aneksu do umowy ubezpieczenia, na wniosek Ubezpieczającego i po opłaceniu przez niego dodatkowej składki, Allianz może w danym okresie ubezpieczenia, zwiększyć lub uzupełnić sumę gwarancyjną lub poszczególne podlimity w związku z ich zmniejszeniem lub wyczerpaniem po wypłacie świadczeń.
9. W razie wyczerpania sumy gwarancyjnej, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8 powyżej.

§ 10 SUBSYDIARNOŚĆ, UBEZPIECZENIE NADWYŻKI

1. Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, jeżeli szkoda będąca przedmiotem roszczenia jest także objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach innej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu, świadczenia na podstawie niniejszej umowy ubezpieczenia będą dostępne dopiero po dokonaniu płatności z tytułu innego ubezpieczenia lub po wypełnieniu obowiązku wypłaty odszkodowania. Powyższe ma zastosowanie także wtedy, gdy ta inna umowa ubezpieczenia już wprawdzie nie wiąże, ale roszczenie mogło zostać lub zostało zgłoszone w czasie przedłużonego okresu zgłaszania roszczeń w niej ustalonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona w uzupełnieniu świadczenia wypłaconego przez innego ubezpieczyciela, o ile ochrona

z tytułu innej polisy ubezpieczenia została wyczerpana na skutek wyczerpania sumy gwarancyjnej (pokrycie wyczerpania limitu).

§ 11 SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest przez Allianz na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy oraz indywidualnej oceny ryzyka.
2. Składkę ubezpieczeniową ustala się dla okresu ubezpieczenia oraz dla dodatkowego okresu zgłaszania roszczeń, jeśli ma on zastosowanie, wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.
3. Ocena ryzyka prowadzona jest na podstawie informacji udzielonych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawiciela oraz innych danych, dotyczących w szczególności: rodzaju wykonywanego zawodu, wnioskowanego zakresu ubezpieczenia, wnioskowanej wysokości sumy gwarancyjnej, obrotu, historii szkodowości, a także na podstawie innych informacji dostępnych dla Allianz.
4. Obowiązek opłacenia składki ciąży wyłącznie na Ubezpieczającym. O ile nie umówiono się inaczej, Ubezpieczający obowiązany jest do opłacenia składki wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli Allianz ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została opłacona w terminie, Allianz może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym, pisemnie na adres wskazany przez Ubezpieczającego w dokumencie ubezpieczenia. Allianz może żądać zapłaty składki za okres, w którym ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy, wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
6. Na wniosek Ubezpieczającego płatność składki może być rozłożona na raty. Ratalna płatność składki powoduje podwyższenie składki o stosowny procent, zgodnie z taryfą obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Terminy płatności kolejnych rat i ich wysokość określa dokument ubezpieczenia.
7. Jeżeli w umowie ubezpieczenia uzgodniono płatność składki w ratach, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w terminie, Allianz może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty zaległej raty składki z zagrożeniem, że brak płatności w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego, spowoduje ustanie odpowiedzialności Allianz. W przypadku gdy brak jest takiego wezwania ze strony Ubezpieczyciela, ochrona ubezpieczeniowa nie ustaje, a Allianz przysuguje składka za cały czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
8. Jeżeli za podstawę obliczenia składki jest brany pod uwagę obrót, należy przez niego rozumieć sumę wpływów ze sprzedaży towarów lub usług zrealizowanych w okresie ubezpieczenia poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia. W przypadku rozpoczęcia działalności pod uwagę brany jest planowany obrót.
9. Jeżeli opłata jest dokonywana przez przelew bankowy lub przekaz pocztowy, składkę lub ratę składki uważa się za opłaconą w terminie, jeżeli przelew lub przekaz został zlecony bankowi lub poczcie nie później niż w dniu wskazanym w umowie ubezpieczenia jako termin płatności, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku Allianz odpowiednią kwotą.
10. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem umówionego okresu na jaki została zawarta umowa, Ubezpieczającemu przysługuje od Allianz zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 12 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO. TRYB POSTĘPOWANIA W RAZIE POWSTANIA SZKODY

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są powiadomić Allianz niezwłocznie o każdym znanym im uchybieniu, które może spowodować zgłoszenie wobec nich roszczenia. Obowiązek ten nie dotyczy Ubezpieczonego, jeżeli nie wie on o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych powyżej, Allianz może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło mu ustalenie okoliczności i skutków wypadku. Skutki braku zawiadomienia Allianz o wypadku nie następują, jeżeli ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są

oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani do współpracy z Allianz w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania szkody oraz weryfikacji zasadności i wysokości roszczenia.
4. Jeżeli poszkodowana osoba trzecia dochodzi swoich roszczeń wobec Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub w razie gdy powziął on informację o wszczęciu w jego sprawie lub przeciwko niemu postępowania przygotowawczego bądź o wytoczeniu powództwa, jest on zobowiązany poinformować o tym fakcie niezwłocznie Allianz.
5. W razie zgłoszenia roszczenia Ubezpieczający i Ubezpieczony nie są uprawnieni do podejmowania działań zmierzających do jego uznania lub zaspokojenia ani też do zawarcia ugody z osobą poszkodowaną bez zgody Allianz. W razie naruszenia powyższego zakazu Allianz zwolniony jest z obowiązku wypłaty odszkodowania lub może zmniejszyć świadczenie stosownie do wpływu, jaki miało działanie Ubezpieczonego na zobowiązania stron, chyba że z uwagi na okoliczności sprawy Ubezpieczony nie mógł postąpić inaczej

§ 13 USTALENIE I WYPŁATA ODSZKODOWANIA

1. Allianz wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia, ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, w ciągu 7 dni od daty otrzymania, Allianz informuje w wptynięciu zawiadomienia Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o ile nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem.
3. Allianz wypłaci odszkodowanie w kwocie odpowiadającej rozmiarowi szkody, w zakresie określonym w dokumencie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż w granicach sumy gwarancyjnej określonej w dokumencie ubezpieczenia oraz do granic wysokości podlimitów tamże wskazanych.
4. Allianz jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania Allianz jest zobowiązany wypłacić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o wypadku. Jeżeli w terminach określonych w umowie lub we właściwych przepisach Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczającego, a w przypadku umowy na cudzy rachunek – także Ubezpieczonego, o ile nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części.
5. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczającego, a w przypadku umowy na cudzy rachunek – także Ubezpieczonego, o ile nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o ile nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części.
6. Allianz udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania. Osoby wskazane powyżej mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Allianz udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Allianz. Na żądanie osób wskazanych powyżej Allianz udostępnia informacje i dokumenty w postaci elektronicznej.
7. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście

do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

8. 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.
9. Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłączenie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
10. Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
11. Wniosek o rozpatrzenie sporu pomiędzy zakładem ubezpieczeń a ubezpieczonym może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

§ 14 ROSZCZENIA REGRESOWE

1. Z dniem zapłaty odszkodowania na Allianz przechodzą przysługujące Ubezpieczonemu lub Ubezpieczającemu roszczenia wobec osób trzecich odpowiedzialnych za szkodę, do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli Allianz pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu lub Ubezpieczającemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Allianz.
2. Roszczenia, o których mowa powyżej (roszczenia regresowe), nie przechodzą na Allianz, jeżeli odpowiedzialnym za szkodę, do którego kierowane jest dane roszczenie jest:
 - 1) osoba z którą Ubezpieczający lub Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 2) pracownik w rozumieniu niniejszych o.w.u.
3. W razie zajścia wypadku Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia przez Allianz roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę. W szczególności, z zastrzeżeniem ust. 2 powyżej, Ubezpieczający lub Ubezpieczony bez zgody Allianz, nie zrezygnuje z prawa dochodzenia roszczenia od osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub z prawa służącego zabezpieczeniu takiego roszczenia.
4. Na żądanie Allianz, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest udzielić wszelkich niezbędnych informacji, dostarczyć dokumenty oraz dokonać czynności niezbędnych do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych.

§ 15 ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA

1. W wypadku zawiadomień lub oświadczeń wysyłanych listem poleconym przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia o dotrzymaniu określonych w o.w.u. terminów decyduje data stempla pocztowego.
2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zmienił adres zamieszkania, obowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym fakcie Allianz. Jeżeli w czasie trwania umowy ubezpieczenia zmianie ulegnie adres siedziby Allianz, wówczas Allianz niezwłocznie poinformuje o tej zmianie Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.

§ 16 ROZSZERZENIE ZAKRESU OCHRONY O UBEZPIECZENIE KOSZTÓW OCHRONY PRAWNEJ ORAZ UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PRACODAWCY ZA WYPADKI PRZY PRACY

1. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zawodowej obejmuje dodatkowo koszty ochrony prawnej na warunkach określonych w § 17 niniejszych o.w.u.
2. Ponadto, na wniosek Ubezpieczonego i po opłaceniu dodatkowej składki, zakresem ochrony ubezpieczeniowej może zostać objęta odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego za wypadki przy pracy (na warunkach określonych w § 18 niniejszych o.w.u.).

§ 17 KLAUZULA UBEZPIECZENIA KOSZTÓW OCHRONY PRAWNEJ

1. Na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że ochroną ubezpieczeniową objęte są koszty pomocy prawnej na rzecz ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego, pod warunkiem że są one związane z prowadzoną działalnością zawodową oraz jeżeli wypadek powodujący konieczność uzyskania pomocy prawnej przez Ubezpieczonego nastąpił w okresie ubezpieczenia.
2. Przez użyte w treści klauzuli określenie „wynagrodzenie adwokata lub radcy prawnego” należy rozumieć wynagrodzenie jednego adwokata lub radcy prawnego z tytułu zastępstwa procesowego lub obrony pokrywane do wysokości ustalonej zgodnie z odpowiednimi przepisami regulującymi wysokość minimalnego wynagrodzenia za czynności adwokata lub radcy prawnego. W przypadku braku takich przepisów stosuje się odpowiednie przepisy stanowiące podstawę do zaszędzania przez sądy kosztów zastępstwa prawnego lub obrony dla adwokata lub radcy prawnego. W przypadku braku również takich przepisów stosuje się odpowiednio przepisy regulujące zasady ponoszenia przez Państwo (Skarb Państwa) kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu. W każdym przypadku wynagrodzenie adwokata lub radcy prawnego z tytułu zastępstwa prawnego lub obrony ustala się w wysokości nie wyższej niż dla adwokata lub radcy prawnego mającego siedzibę w miejscowości, w której znajduje się siedziba sądu właściwego miejscowo i rzeczowo do orzekania w sprawie w I instancji.
3. Ochroną ubezpieczeniową objęte są wyłącznie koszty ochrony prawnej dla szkód wynikających z prowadzonej działalności zawodowej lub posiadania mienia (w zakresie określonym w § 4 ust. 5 o.w.u.), które powstały na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz jeżeli postępowania sądowe i inne wskazane w o.w.u. toczą się również na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Suma ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej wynosi 10 000 zł i stanowi odrębny od sumy gwarancyjnej limit odpowiedzialności na jeden i na wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia. Składka wynosi 20 zł rocznie.
5. Zakres ubezpieczenia obejmuje udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego w postaci refundacji kosztów pomocy prawnej na rzecz ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego określonych w niniejszej klauzuli.
6. Pomoc prawna, o której mowa w ust. 5, obejmuje refundację kosztów koniecznych dla:
 - 1) dochodzenia przez Ubezpieczonego roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych;
 - 2) obrony Ubezpieczonego przed roszczeniami odszkodowawczymi osób trzecich z tytułu czynów niedozwolonych bądź niewykonania lub nienależytego wykonania umowy na rzecz osoby trzeciej, za które odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony i którego następstwem jest powstanie szkody w rozumieniu niniejszych o.w.u.
7. Allianz zobowiązuje się w zakresie wskazanym w ust. 6 zrefundować koszty ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego, o ile będą one niezbędne do reprezentowania jego zasadnych interesów prawnych, a mianowicie:
 - 1) koszty procesu sądowego przed sądem powszechnym, w tym:
 - a) wynagrodzenie jednego adwokata lub radcy prawnego,
 - b) koszty sądowe wszystkich instancji,
 - c) koszty postępowania zaszędzone od Ubezpieczonego na rzecz strony przeciwnej (w tym również koszty zaszędzone przez sąd z tytułu udziału w postępowaniu karnym oskarżyciela posiłkowego),
 - 2) koszty postępowania egzekucyjnego w zakresie maksymalnie trzech dowolnie wybranych przedmiotów egzekucji, podjętego na podstawie jednego tytułu wykonawczego w stosunku do tego samego podmiotu, w wysokości nie większej niż 5 000 zł łącznie (podlimit sumy ubezpieczenia),
 - 3) koszty postępowania sądu polubownego aż do zakończenia postępowania o stwierdzenie wykonalności wyroku sądu polubownego, do wysokości 100% kosztów sądowych, które by powstały przed właściwym sądem powszechnym I instancji. W razie niepowodzenia postępowania przed sądem polubownym, koszty pokryte przez Allianz z tego tytułu zostaną zaliczone na poczet refundowanych kosztów postępowania przed sądem powszechnym.
8. W ramach umowy ubezpieczenia, poza świadczeniami wymienionymi w ust. 7, Allianz organizuje i pokrywa koszty świadczenia przez Centrum Asysty Prawnej usług informacji prawnej, polegających na udzielaniu pomocy prawnej przez prawników, pod numerem telefonu wskazanym w pkt 15 niniejszej klauzuli, w zakresie:
 - 1) udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej,

- 2) praw i obowiązków związanych z prowadzeniem ubezpieczonej działalności zawodowej, przy czym w tym wypadku usługa nie musi dotyczyć wypadków, które zaistniały w okresie ubezpieczenia,
 - 3) informowanie Ubezpieczonych o procedurze prawnej prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony swoich praw,
 - 4) informowanie o kosztach prowadzenia sporów prawnych,
 - 5) przysyłanie aktualnych oraz historycznych aktów prawnych,
 - 6) udzielanie informacji teleadresowych o sądach, prawnikach, notariuszach.
9. W zależności od charakteru zgłaszanego problemu – sprawa jest zatwierdzana:
- 1) na bieżąco podczas rozmowy telefonicznej (informacja prawna),
 - 2) poprzez sporządzenie opinii prawnej lub zaopiniowanie dokumentu prawnego i przestanie dokumentu lub opinii Ubezpieczonemu e-mailem bądź faksem (opinia prawna),
 - 3) poprzez przestanie dokumentów (przesyłanie tekstów aktualnych i historycznych aktów prawnych, wzorów pism i umów, informacje teleadresowe dotyczące sądów, prokuratur, kancelarii itp.).
10. Wypadkiem ubezpieczeniowym uzasadniającym żądanie przez Ubezpieczonego udzielenia świadczenia jest:
- 1) przy dochodzeniu przez Ubezpieczonego roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych bądź niewykonania lub nienależytego wykonania umowy na rzecz osoby trzeciej jest zgłoszenie przez osobę trzecią przeciwko Ubezpieczonemu roszczenia – w okresie ubezpieczenia lub w przedłużonym okresie zgłaszania roszczeń, o ile ma zastosowanie w umowie ubezpieczenia – pod warunkiem, że działanie lub zaniechanie Ubezpieczonego skutkujące szkodą miało miejsce w okresie ubezpieczenia,
 - 2) w ramach obrony Ubezpieczonego przed roszczeniami odszkodowawczymi z tytułu czynów niedozwolonych bądź niewykonania lub nienależytego wykonania umowy na rzecz osoby trzeciej jest zgłoszenie przez osobę trzecią przeciwko Ubezpieczonemu roszczenia – w okresie ubezpieczenia lub w przedłużonym okresie zgłaszania roszczeń, o ile ma zastosowanie w umowie ubezpieczenia – pod warunkiem, że działanie lub zaniechanie Ubezpieczonego skutkujące szkodą miało miejsce w okresie ubezpieczenia,
 - 3) w razie zającia potrzeby skorzystania przez Ubezpieczonego z informacji prawnej, datą zdarzenia uzasadniającego żądanie spełnienia takiego świadczenia przez Allianz jest data konieczności skorzystania przez Ubezpieczonego z informacji prawnej.
11. Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje obrony interesów prawnych:
- 1) pozostających w bezpośrednim lub pośrednim związku z działaniami wojennymi, niepokojami społecznymi, rozruchami, strajkami, lokautami, trzęsieniami ziemi,
 - 2) pozostających w bezpośrednim lub pośrednim związku ze szkodami nuklearnymi wywołanymi przez reaktory jądrowe albo ze szkodami genetycznymi spowodowanymi promieniowaniem radioaktywnym, jeśli szkody te nie zostały spowodowane wskutek opieki medycznej,
 - 3) z zakresu prawa handlowego, prawa spółek handlowych, umów agencyjnych, prawa funduszy inwestycyjnych, prawa obligacji, papierów wartościowych, prawa spółdzielczego i prawa dotyczącego spółdzielni mieszkaniowych, prawa o stowarzyszeniach i związkach zawodowych oraz z zakresu zbiorowego prawa pracy i zbiorowego prawa regulującego status urzędników państwowych i samorządowych,
 - 4) wynikających z umów o pracę lub innych stosunków prawnych dotyczących pełnienia funkcji członków ustawowych organów osób prawnych,
 - 5) z zakresu prawa patentowego, autorskiego, znaków towarowych, pozostałego prawa własności intelektualnej i przemysłowej, prawa ochrony konkurencji (antymonopolowego) oraz prawa dotyczącego zasad konkurencji,
 - 6) pozostających w związku z grą i zakładem oraz transakcjami terminowymi i spekulacyjnymi,
 - 7) z umów poręczenia i przejęcia długów,
 - 8) z zakresu prawa budowlanego oraz pozostających w związku z:
 - a) nabyciem albo zbyciem nieruchomości przeznaczonej pod zabudowę,
 - b) planowaniem, projektowaniem lub budową budynku albo części budynku, które są własnością lub znajdują się w posiadaniu Ubezpieczonego albo też Ubezpieczony zamierza je nabyć lub objąć w posiadanie,
 - c) przebudową nieruchomości, budynku lub części budynku, jeśli do jej dokonania konieczne jest uzyskanie jakichkolwiek zezwoleń lub pozwoleń, a nieruchomość, budynek lub część budynku są własnością lub znajdują się w posiadaniu Ubezpieczonego albo też Ubezpieczony zamierza je nabyć lub objąć w posiadanie,
 - d) finansowaniem przedsięwzięć określonych w punktach a)-c),
 - 9) z zakresu prawa górniczego i geologicznego, w szczególności w związku ze szkodami na nieruchomościach, spowodowanymi ruchem zakładu górniczego,
 - 10) z zakresu prawa podatkowego, celnego oraz dotyczącego innych opłat publicznoprawnych, a także prawa karnego skarbowego,
 - 11) z zakresu prawa prasowego i prawa ochrony danych osobowych,
 - 12) w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym, sądami konstytucyjnymi oraz trybunałami międzynarodowymi, chyba że postępowanie dotyczy obrony interesów prawnych pracowników organizacji międzynarodowych w zakresie stosunków pracy albo publicznoprawnych stosunków zatrudnienia,
 - 13) w związku z postępowaniem układowym, naprawczym albo upadłościowym, które zostało albo ma zostać wszczęte,
 - 14) w związku z planem zagospodarowania przestrzennego, podziałem, scalaniem i wywłaszczaniem nieruchomości oraz prywatyzacją, reprywatyzacją i innymi przekształceniami własnościowymi o podobnym charakterze,
 - 15) jeżeli koszty obrony tych interesów prawnych są pokryte z innej umowy ubezpieczenia, zawartej na wcześniejszy lub późniejszy okres ubezpieczenia,
 - 16) w związku z posiadaniem pojazdów mechanicznych,
 - 17) dotyczące sporów pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia.
12. We wszystkich sprawach nieobjętych refundacją kosztów pomocy prawnej istnieje możliwość skorzystania z usługi informacji prawnej, o ile zgłoszone zdarzenie mieści się w zakresie przedmiotowym ubezpieczenia.
13. Ubezpieczony, który zamierza skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, zobowiązany jest:
- 1) niezwłocznie poinformować w drodze pisemnej Allianz o zaistnieniu wypadku ubezpieczeniowego i jego okolicznościach, przekazując wszelkie informacje, dokumenty, dowody i korespondencję,
 - 2) podjąć aktywną współpracę z Allianz w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności i przyczyn powstania szkody oraz ustalenia jej rozmiaru, w tym udzielać wszelkich wyjaśnień o stanie sprawy na żądanie Allianz.
14. Ubezpieczony zobowiązany jest:
- 1) na uzasadnione żądanie Allianz przed wystąpieniem na drogę postępowania sądowego przeprowadzić przedsądowe postępowanie, zmierzające do korzystnego dla Ubezpieczonego zakończenia sprawy,
 - 2) na uzasadnione żądanie Allianz złożyć tylko zawezwanie do próby ugodowej albo powództwo częściowe i wstrzymać się z dochodzeniem pozostałych roszczeń do momentu uprawnienia się do orzeczenia co do części roszczenia,
 - 3) wstrzymać się od dochodzenia swoich roszczeń na drodze sądowej do czasu prawomocnego zakończenia się toczącego się już innego postępowania sądowego, chyba że zwłoka mogłaby doprowadzić do przedawnienia roszczenia przez Ubezpieczonego,
 - 4) nie zawierać ugody bez uzyskania uprzedniej pisemnej akceptacji Allianz na jej zawarcie i warunki. W szczególności warunki ugody nie mogą nakładać na Ubezpieczonego obowiązku poniesienia kosztów wyższych niż wynikałyby to z orzeczenia sądu w takim zakresie.
15. W razie konieczności skorzystania z informacji prawnej Ubezpieczony powinien skontaktować się z Centrum Asysty Prawnej, dzwoniąc pod numer telefonu czynny od poniedziałku do piątku, w godzinach 9.00-17.00: +48 22 568-98-98, wysyłając faks +48 22 568-98-99 lub pisząc na podany adres e-mail: lex@corislex.pl, podając co najmniej następujące dane:
- 1) imię i nazwisko zgłaszającego, nazwę Ubezpieczonego i adres jego zamieszkania bądź siedziby,
 - 2) numer polisy obowiązującej w momencie wystąpienia zgłoszonego zdarzenia,
 - 3) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z Ubezpieczonym,
 - 4) krótki opis zaistniałego wypadku ubezpieczeniowego i rodzaj koniecznej pomocy.
16. Ubezpieczony zobowiązany jest do współdziałania z Centrum Asysty Prawnej w zakresie niezbędnym do realizacji zobowiązania, w tym do przekazania pełnej informacji koniecznej do udzielenia pomocy prawnej i jeżeli będzie to wymagane z uwagi na istniejący stan prawny lub faktyczny – kopii posiadanego dokumentacji.
17. Ubezpieczonemu przysługuje prawo swobodnego wyboru adwokata lub radcy prawnego w zakresie obrony, reprezentowania lub wspierania jego interesów w postępowaniu sądowym. Ubezpieczony może zażądać, aby to Allianz wskazał mu Pełnomocnika. Ubezpieczony ma także prawo samodzielnie wskazać Pełnomocnika, który będzie go reprezentował i którego

wynagrodzenie Allianz opłaci zgodnie z postanowieniami niniejszych o.w.u. W przypadku gdy ze zgłoszeniem wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie wskazał imiennie żadnego adwokata lub radcy prawnego, a wymagane jest niezwłoczna reprezentacja adwokata lub radcy prawnego dla ochrony prawnych interesów Ubezpieczonego, Allianz jest uprawniony do wyboru w imieniu Ubezpieczonego adwokata lub radcy prawnego. W tym celu Ubezpieczony udzieli wskazanemu przez Allianz adwokatowi lub radcy prawnemu stosownego pełnomocnictwa.

18. Ubezpieczony jest zobowiązany w pełnomocnictwie udzielonym adwokatowi lub radcy prawnemu zobowiązać adwokata lub radcę prawnego do bieżącego informowania Allianz o rozwoju sprawy.
19. Za wykonanie zlecenia adwokat lub radca prawny ponosi w stosunku do Ubezpieczonego bezpośrednią odpowiedzialność. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki działań pełnomocnika Ubezpieczonego.
20. W ramach udzielonej ochrony Allianz dokonuje oceny sytuacji faktycznej i prawnej oraz podejmuje decyzję o uznaniu lub nie uznaniu roszczenia Ubezpieczonego i wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia.
21. Allianz dokonuje oceny sytuacji prawnej każdego zgłoszonego zdarzenia i zastrzega sobie prawo do odmówienia spełnienia świadczenia, jeśli uzna, że zachodzi co najmniej jedna z przesłanek:
 - 1) nie istnieje realna szansa korzystnego dla Ubezpieczonego załatwienia sprawy, przy czym zapis ten nie jest stosowany w sprawach karnych i w postępowaniach w sprawie o wykroczenia;
 - 2) koszty obrony majątkowych interesów prawnych przekraczają 150% wartości przedmiotu sporu.
22. Wniosek o rozpatrzenie sporu pomiędzy zakładem ubezpieczeń a ubezpieczonym może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

§ 18 KLAUZULA UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PRACODAWCY ZA WYPADKI PRZY PRACY

1. Inaczej niż stanowi § 5 ust. 3 o.w.u., na mocy niniejszej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody osobowe wynikające z wypadku przy pracy, spełniającego przesłanki uznania go za taki wypadek w rozumieniu Ustawy z dnia 30.10.2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz szkody rzeczowe związane choćby pośrednio z wykonywaniem obowiązków pracowniczych na rzecz Ubezpieczonego.
2. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w niniejszej klauzuli za szkody, za które jego odpowiedzialność jest wyłączone na mocy pozostałych postanowień niniejszych o.w.u., oraz dodatkowo nie obejmuje:

- 1) roszczeń z tytułu powstania chorób zawodowych, udarów oraz zawałów,
 - 2) roszczeń regresowych jakiegokolwiek instytucji zobowiązanej do wypłaty świadczeń z tytułu wypadku przy pracy oraz świadczeń przysługujących poszkodowanemu na podstawie przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (ubezpieczycieli społecznych),
 - 3) świadczeń przysługujących poszkodowanemu na podstawie ustawy, o której mowa w ust. 1,
 - 4) szkód wynikłych z wypadków przy pracy mających miejsce poza okresem ubezpieczenia,
 - 5) szkód w pojazdach mechanicznych pracowników Ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność Allianz za szkody, o których mowa powyżej, jest ograniczona do wysokości podlimitu sumy gwarancyjnej określonego w dokumencie ubezpieczenia.

§ 19 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawem właściwym dla umowy zawartej na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Allianz), albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jak również spadkobiercy Ubezpieczonego oraz spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Za uprawnionego z umowy ubezpieczenia uważa się także poszkodowanego.
3. Jeżeli poszczególne postanowienia niniejszej umowy okażą się bezskuteczne lub niewykonalne, pozostałe postanowienia umowy pozostają w mocy. Pozostałe w mocy postanowienia będą interpretowane w taki sposób, aby zastąpić postanowienia bezskuteczne lub niewykonalne innymi w taki sposób, aby jak najpełniej wypełniały one cel gospodarczy postanowień zastąpionych.
4. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 120/2024 i mają zastosowanie dla Umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 września 2024 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU – KLAUZULE OKREŚLAJĄCE ZAKRES UBEZPIECZENIA POSZCZEGÓLNYCH GRUP ZAWODOWYCH

KLAUZULA NR 1 –

UBEZPIECZENIE OC BIURA TŁUMACZEŃ

1. Na mocy niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody powstałe w związku z wykonywaniem zawodu tłumacza.
2. Ubezpieczenie może zostać zawarte przez osobę fizyczną świadczącą usługi w oparciu o umowę o pracę/umowę cywilnoprawną lub przez przedsiębiorcę (biuro tłumaczeń).
3. Z zachowaniem wyłączeń zawartych § 5 ust. 1 i 2 niniejszych o.w.u., Allianz nie ponosi ponadto odpowiedzialności za szkody:
 - 1) powstałe wskutek błędnego przeliczenia dowolnej waluty obcej,
 - 2) w zakresie tłumaczeń technicznych dotyczących: dokumentacji inwestycji budowlanej, instrukcji obsługi, montażu i konserwacji linii produkcyjnych lub technologicznych, dokumentacji medycznej, farmakologicznej – w zakresie rejestracji leków oraz instrukcji ich używania.
4. Franszyza redukcyjna wynosi 5% odszkodowania, nie mniej niż 500 zł.

KLAUZULA NR 2 –

UBEZPIECZENIE OC KANCELARII PRAWNEJ

1. Na mocy niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody powstałe w związku z wykonywaniem czynności zawodowych adwokata lub radcy prawnego, polegających na świadczeniu pomocy prawnej, a w szczególności udzielaniu porad prawnych oraz występowaniu przed sądami i urzędami.
2. Z zachowaniem wyłączeń zawartych § 5 ust. 1 i 2 niniejszych o.w.u., Allianz nie ponosi ponadto odpowiedzialności za szkody wynikające z wydania opinii na podstawie prawa innego niż prawo polskie.
3. Franszyza redukcyjna odpowiada kwocie sumy gwarancyjnej w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej adwokatów/radców prawnych (nie mniej niż minimalna suma gwarancyjna). Allianz odpowiada za roszczenia które nie zostały zaspokojone po wyczerpaniu sumy gwarancyjnej z umowy ubezpieczenia obowiązkowego, chyba że roszczenie nie jest objęte zakresem obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej adwokatów/radców prawnych, wówczas franszyza redukcyjna wynosi 5% odszkodowania, nie mniej niż 500 zł.

KLAUZULA NR 3 –

UBEZPIECZENIE OC PRACOWNI PROJEKTOWEJ / PRACOWNI PROJEKTOWANIA WNĘTRZ

1. Na mocy niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego przedsiębiorcy za szkody osobowe i rzeczowe powstałe w związku z wykonywaniem czynności zawodowych w budownictwie, na podstawie posiadanych uprawnień i zezwoleń w zakresie:
 - 1) projektowania budowlanego,
 - 2) sprawdzania projektów architektoniczno-budowlanych,
 - 3) wykonywania nadzoru inwestorskiego, sprawowania kontroli technicznej utrzymania obiektów budowlanych,
 - 4) rzeczoznawstwa budowlanego,
 - 5) sprawowania nadzoru autorskiego.
2. Ponadto, Allianz odpowiada za czyste szkody majątkowe polegające na wadach zaprojektowanego przedmiotu wynikających z błędów w projekcie lub niewłaściwego nadzoru (tzw. szkody konstrukcyjne). Zakres ochrony w odniesieniu do szkód konstrukcyjnych obejmuje wyłącznie koszty usunięcia wady lub koszty przywrócenia do stanu poprzedniego. Pozostałe czyste szkody majątkowe nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Z zachowaniem wyłączeń zawartych § 5 ust. 1 i 2 niniejszych o.w.u., Allianz nie ponosi dodatkowo odpowiedzialności za szkody:

- 1) powstałe wskutek normalnego zużycia lub wadliwej eksploatacji obiektów budowlanych, urządzeń lub instalacji zaprojektowanych lub nadzorowanych przez Ubezpieczonego,
 - 2) powstałe wskutek wadliwego wykonawstwa obiektów budowlanych, urządzeń lub instalacji zaprojektowanych lub nadzorowanych przez Ubezpieczonego,
 - 3) wynikające z zastosowania błędnej technologii lub przyrzeczenia osiągnięcia określonej wydajności technologii,
 - 4) wynikłe z braku określonych w umowie właściwości estetycznych przedmiotu umowy, w tym również z zastosowania elementów o właściwościach niezgodnych z umową,
 - 5) powstałe w związku z występowaniem przez Ubezpieczonego, w imieniu zlecającego, do odpowiednich instytucji z wnioskami o wydanie warunków technicznych i stosownych uzgodnień koniecznych do projektowania, wniosków o wydanie decyzji na budowę oraz odbiorem decyzji.
4. W uzupełnieniu wyłączeń zawartych w pkt 3 niniejszej klauzuli, Allianz nie ponosi dodatkowo odpowiedzialności za szkody wynikające z wykonywania czynności zawodowych w budownictwie mających za przedmiot:
 - 1) budynki wysokie lub wysokościowe (stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, którym powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie),
 - 2) budowle hydrotechniczne (np. zapory, tamy), budowle kolejowe, obiekty portowe lub lotniska,
 - 3) infrastrukturę transportu w zakresie: dróg szynowych, dróg kolei napowietrznych lub podwieszanych, dróg lotniskowych, mostów, wiaduktów i estakad, tuneli i przejść nadziemnych i podziemnych,
 - 4) prace wyburzeniowe budynków lub budowli,
 - 5) stacje lub bazy paliw płynnych, gazów płynnych, rurociągi przesyłowe lub technologiczne, urządzenia automatyki i linie technologiczne dla branży energetycznej, przemysłowej i ochrony środowiska.
 5. Allianz nie odpowiada za szkody, w sytuacji gdy Ubezpieczony przyjmuje zobowiązania, które wykraczają poza zakres działalności wskazanej w umowie ubezpieczenia, a w szczególności gdy realizuje budowę, świadczy usługi budowlane lub dostarcza materiały budowlane. Dotyczy to również przypadku, gdy ww. działalność prowadzi członek zarządu, wspólnik Ubezpieczonego lub przedsiębiorstwo którym kieruje Ubezpieczony.
 6. W oparciu o niniejszą Klauzulę, Allianz udziela również ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do Ubezpieczonych prowadzących działalność w zakresie projektowania wnętrz, gdzie nie jest wymagane posiadanie stosownych uprawnień zawodowych. W odniesieniu do tych podmiotów Allianz nie odpowiada za roszczenia wynikłe ze szczególnej odpowiedzialności przyjętej wobec Zleceniodawcy i wykraczającej poza zakres zobowiązania do dołożenia należytej staranności, wynikającego ze zwyczajowej praktyki przyjętej w zawodzie Ubezpieczonego.
 7. Franszyza redukcyjna wynosi 5% odszkodowania, nie mniej niż 500 zł.

KLAUZULA NR 4 –

UBEZPIECZENIE OC PRZEDSIĘBIORCY PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE PRAC GEODEZYJNYCH I KARTOGRAFICZNYCH

1. Na mocy niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody powstałe w związku z wykonywaniem działalności zawodowej w zakresie geodezji lub kartografii.
2. Ubezpieczenie może zostać zawarte przez osobę fizyczną świadczącą usługi w oparciu o umowę o pracę/umowę cywilnoprawną lub przez przedsiębiorcę.
3. Z zachowaniem wyłączeń zawartych § 5 ust. 1 i 2 niniejszych o.w.u., Allianz nie ponosi ponadto odpowiedzialności za szkody:

1. związane z rozpoznaniem, oszacowaniem i wyceną złóż np. ropy, gazu i rud metali,
 2. związane z pracami mającymi za przedmiot badanie, wycenę bądź rekultywację skażonych gruntów lub obiektów budowlanych,
 3. związane z wykonywaniem prac mających za przedmiot składowiska odpadów,
 4. dotyczące badania tam, zapór lub zbiorników wodnych, jak również obiektów zabytkowych.
4. Franszyza redukcyjna wynosi 5% odszkodowania, nie mniej niż 500 zł.

KLAUZULA NR 5 –

UBEZPIECZENIE OC PRZEDSIĘBIORCY PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE PROJEKTOWANIA, WYKONAWSTWA SYSTEMÓW KOMPUTEROWYCH ORAZ DORADZTWA KOMPUTEROWEGO

1. Na mocy niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody powstałe w związku z wykonywaniem działalności zawodowej w zakresie projektowania i wykonawstwa systemów komputerowych oraz doradztwa komputerowego.
2. Ubezpieczenie może zostać zawarte przez osobę fizyczną świadczącą usługi w oparciu o umowę o pracę/umowę cywilnoprawną lub przez przedsiębiorcę.
3. Z zachowaniem wyłączeń zawartych § 5 ust. 1 i 2 niniejszych o.w.u., Allianz nie ponosi ponadto odpowiedzialności za szkody:
 - 1) wyniki z niewykonania lub niewłaściwego wykonania stosownych testów lub prób oprogramowania,
 - 2) wyniki z braku posiadania przez użytkownika stosownych zabezpieczeń jego własnych danych lub danych mu dostarczonych,
 - 3) wyniki z utraty danych lub informacji wskutek przypadkowego lub przedwczesnego ich usunięcia albo wystąpienia pod niewłaściwy adres w czasie ich wymiany,
 - 4) wyniki ze zmian w oprogramowaniu wprowadzonych przez inne osoby niż Ubezpieczony, takie jak w szczególności inni producenci sprzętu komputerowego lub oprogramowania,
 - 5) wynikające z naruszenia przepisów zawartych w ustawie o ochronie danych osobowych oraz naruszenia praw autorskich, licencyjnych i pokrewnych, prawa o nieuczciwej konkurencji, prawa antymonopolowego,
 - 6) wynikające z działań związanych z transakcjami finansowymi, płatniczymi, kredytowymi, ubezpieczeniowymi, leasingowymi, w obrocie nieruchomości, jak również dotyczące instrumentów finansowych,
 - 7) wynikające z działalności reklamowej bądź powstałe w związku z pośrednictwem i organizowaniem podróży,
 - 8) powstałe wskutek utraty pieniędzy, książeczek oszczędnościowych, dokumentów i papierów wartościowych,
 - 9) dotyczące działalności w zakresie prac mających za przedmiot systemy i oprogramowanie dotyczące układów pomiarowych, sterowania, automatyki lub monitoringu pracy procesów technologicznych w elektronice, elektrociepłowniach lub zakładach przemysłowych, jak również projektowanie i wykonawstwo systemów komputerowych w odniesieniu do statków powietrznych, lotnisk, obiektów portowych lub kolejowych,
 - 10) wynikające z mechanicznych awarii systemów elektrycznych, z przerw w dostawie energii, spadku lub zaniku napięcia.
4. Franszyza redukcyjna wynosi 5% odszkodowania, nie mniej niż 500 zł.

KLAUZULA NR 6 –

UBEZPIECZENIE OC LECZNICY WETERYNARYJNEJ

1. Na mocy niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody powstałe w związku z wykonywaniem zawodu lekarza weterynarii lub technika weterynarii.
2. Ubezpieczenie może zostać zawarte przez osobę fizyczną świadczącą usługi w oparciu o umowę o pracę/umowę cywilnoprawną lub przez przedsiębiorcę (lecznicę weterynaryjną).
3. Z zachowaniem wyłączeń zawartych § 5 ust. 1 i 2 niniejszych o.w.u., Allianz nie ponosi ponadto odpowiedzialności za szkody:
 - 1) dotyczące przeprowadzenia badań klinicznych leków weterynaryjnych lub stosowania eksperymentalnych metod leczenia,
 - 2) powstałe w wyniku uszkodzenia kodu genetycznego,

- 3) wynikające z przeniesienia chorób zakaźnych, o których Ubezpieczony wiedział lub przy zachowaniu należytej staranności powinien być wiedzieć.
4. Franszyza redukcyjna wynosi 5% odszkodowania, nie mniej niż 500 zł.

KLAUZULA NR 7 –

UBEZPIECZENIE OC PRZEDSIĘBIORCY PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE ZARZĄDZANIA NIERUCHOMOŚCIAMI

1. Na mocy niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody powstałe w związku z wykonywaniem działalności w zakresie zarządzania nieruchomościami tj. czynności mających za przedmiot:
 - 1) bieżące administrowanie nieruchomością,
 - 2) utrzymanie nieruchomości w stanie nie pogorszonej zgodnie z jej przeznaczeniem,
 - 3) zapewnienie bezpieczeństwa użytkowania i właściwej eksploatacji nieruchomości,
 - 4) zapewnienie właściwej gospodarki ekonomiczno-finansowej nieruchomości oraz uzasadnione inwestowanie w nieruchomość.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest również wykonywanie opracowań i ekspertyz oraz doradztwo w zakresie zarządzania nieruchomościami Ubezpieczonego może zostać zawarte przez osobę fizyczną świadczącą usługi w oparciu o umowę o pracę/umowę cywilnoprawną lub przez przedsiębiorcę prowadzącego działalność wskazaną w pkt 1.
3. Z zachowaniem wyłączeń zawartych § 5 ust. 1 i 2 niniejszych o.w.u., Allianz nie ponosi ponadto odpowiedzialności za szkody:
 - 1) dotyczące czynności wykraczających poza zakres przedmiotu wyżej zdefiniowany w niniejszej Klauzuli.
 - 2) będące następstwem wyboru, treści, zawarcia, nie zawarcia, kontynuacji bądź wykonania jakiegokolwiek umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji,
 - 3) wyniki z niedostarczenia energii lub dostarczenia energii o niewłaściwych parametrach,
 - 4) wynikające z podejmowania decyzji w miejsce przedsiębiorstwa, na rzecz którego świadczone są usługi doradcze w zakresie zarządzania nieruchomościami,
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego, podlegającego obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej zarządcy nieruchomości w oparciu o Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 13.12.2013 r. (Dz.U. z 2013 r. Nr 240 poz. 1616), Allianz udziela ochrony ubezpieczeniowej na sumę gwarancyjną stanowiącą nadwyżkę nad kwotę wynikającą z zawartej umowy ubezpieczenia obowiązkowego i odpowiada za szkody, które nie zostały zaspokojone po wyczerpaniu sumy gwarancyjnej z umowy ubezpieczenia obowiązkowego (ubezpieczenie nadwyżkowe). W odniesieniu do Ubezpieczonego nie podlegającego ww. ubezpieczeniu obowiązkowemu zastosowanie ma franszyza redukcyjna w wysokości 5% odszkodowania, nie mniej niż 500 zł.
5. Allianz udziela ochrony ubezpieczeniowej pod warunkiem, że czynności z zakresu zarządzania nieruchomościami są świadczone w oparciu o pisemną umowę, mającą charakter umowy starannego działania, określającą rodzaj oraz zakres usług zarządczych.

KLAUZULA NR 8 –

UBEZPIECZENIE OC PRZEDSIĘBIORCY PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE POŚREDNICTWA W OBROcie NIERUCHOMOŚCIAMI

1. Na mocy niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody powstałe w związku z wykonywaniem działalności w zakresie pośrednictwa w obrocie nieruchomościami tj. czynności zmierzających do zawarcia umów:
 - 1) nabycia lub zbycia praw do nieruchomości, własnościowego spółdzielczego prawa do lokalu mieszkalnego, spółdzielczego prawa do lokalu użytkowego lub prawa do domu jednorodzinnego w spółdzielni mieszkaniowej,
 - 2) najmu lub dzierżawy nieruchomości albo ich części.
 Zakresem ubezpieczenia objęte jest również wykonywanie opracowań i ekspertyz oraz doradztwo w zakresie rynku nieruchomości.
2. Ubezpieczenie może zostać zawarte przez osobę fizyczną świadczącą usługi w oparciu o umowę o pracę/umowę cywilnoprawną lub przez przedsiębiorcę prowadzącego działalność wskazaną w pkt 1.
3. Z zachowaniem wyłączeń zawartych § 5 ust. 1 i 2 niniejszych o.w.u., Allianz nie ponosi ponadto odpowiedzialności za szkody:

- 1) dotyczące czynności wykraczających poza zakres przedmiotowy zdefiniowany w niniejszej Klauzuli.
- 2) z tytułu wykonywania przez Ubezpieczonego czynności pośrednictwa finansowego, jak również przeprowadzania oceny zdolności płatniczej lub kredytowej kontrahentów,
- 3) wynikające z podejmowania decyzji w miejsce przedsiębiorstwa, na rzecz którego świadczone są usługi doradcze w zakresie rynku nieruchomości.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego, podlegającego obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej pośrednika w obrocie nieruchomościami w oparciu o Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 13.12.2013 r. (Dz.U. z 2013 r. Nr 241 poz. 1626), Allianz udziela ochrony ubezpieczeniowej na sumę gwarancyjną stanowiącą nadwyżkę nad kwotę wynikającą z zawartej umowy ubezpieczenia obowiązkowego i odpowiada za szkody, które nie zostały zaspokojone po wyczerpaniu sumy gwarancyjnej z umowy ubezpieczenia obowiązkowego (ubezpieczenie nadwyżkowe). W odniesieniu do Ubezpieczonego nie podlegającego ww. ubezpieczeniu obowiązkowemu zastosowanie ma franszyza redukcyjna w wysokości 5% odszkodowania, nie mniej niż 500 zł.
5. Allianz udziela ochrony ubezpieczeniowej pod warunkiem, że czynności z zakresu pośrednictwa w obrocie nieruchomościami są świadczone w oparciu o pisemną umowę, mającą charakter umowy starannego działania, określającą rodzaj oraz zakres usług pośrednictwa.

KLAUZULA NR 9 –

UBEZPIECZENIE OC PRZEDSIĘBIORCY PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ KONSULTINGOWĄ (ŚWIADCZENIE USŁUG DORADCZYCH)

1. Na mocy niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody powstałe w związku z wykonywaniem działalności zawodowej w zakresie konsultingu.
2. Ubezpieczenie może zostać zawarte przez osobę fizyczną świadczącą usługi w oparciu o umowę o pracę/ umowę cywilnoprawną lub przez przedsiębiorcę prowadzącego działalność wskazaną w pkt 3.
3. Pod pojęciem konsultingu należy rozumieć:
 - 1) doradztwo kadrowe – ocena zapotrzebowania kadrowego, doradztwo kadrowe i szkolenia w tym zakresie, jak również pozyskiwanie kadr,
 - 2) doradztwo w zakresie uzyskania pomocy finansowej z Unii Europejskiej (dotacje unijne) – wybór odpowiedniego programu, przygotowanie stosownych wniosków o dotację, przygotowanie dokumentów związanych z rozliczeniem inwestycji,
 - 3) doradztwo prawne – udzielanie porad prawnych, sporządzanie opinii prawnych, zastępstwo procesowe w zakresie dopuszczonym przez przepisy prawa, o ile ww. czynności są wykonywane przez osoby posiadające tytuł magistra prawa uzyskany w Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 4) doradztwo rolnicze – udzielanie porad, szkolenia oraz działalność informacyjna na rzecz rolników.
4. Z zachowaniem wyłączeń zawartych § 5 ust. 1 i 2 niniejszych o.w.u., Allianz nie ponosi ponadto odpowiedzialności za szkody:
 - 1) dotyczące usług doradczych wykraczających poza zakres przedmiotowy zdefiniowany w niniejszej Klauzuli,
 - 2) wynikające z podejmowania decyzji w miejsce przedsiębiorstwa, na rzecz którego świadczone są usługi doradcze,
 - 3) dotyczące działalności w zakresie zarządzania przedsiębiorstwem (usługi managerskie),
 - 4) dotyczące sporządzonych rachunków opłacalności, przewidywania i oceny zmian gospodarczych i politycznych,
 - 5) wynikające z działalności podmiotów zajmujących się doradztwem prawnym w zakresie uzyskiwania odszkodowań i innych świadczeń od zakładów ubezpieczeń.
5. Allianz udziela ochrony ubezpieczeniowej pod warunkiem, że usługi konsultingu są świadczone w oparciu o pisemną umowę, mającą charakter umowy starannego działania, określającą rodzaj oraz zakres usług doradczych.
6. Franszyza redukcyjna wynosi 5% odszkodowania, nie mniej niż 500 zł.

KLAUZULA NR 10 –

UBEZPIECZENIE OC PRZEDSIĘBIORCY PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ INSTRUKTORA SPORTU LUB TRENERA

1. Na mocy niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody powstałe w związku z wykonywaniem zawodu instruktora sportu lub trenera.
2. Ubezpieczenie może zostać zawarte przez osobę fizyczną świadczącą usługi w oparciu o umowę o pracę/ umowę cywilnoprawną lub przez przedsiębiorcę prowadzącego działalność wskazaną w pkt 1.
3. Z zachowaniem wyłączeń zawartych § 5 ust. 1 i 2 niniejszych o.w.u., Allianz nie ponosi odpowiedzialności ponadto za szkody:
 - 1) powstałe wskutek uprawiania: szybownictwa, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, skoków na bungee, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczki górskiej lub skałkowej, trekkingu, speleologii, żeglarstwa morskiego, sportów motorowych,
 - 2) wyrządzone wskutek stosowania dopingu,
 - 3) będące następstwem choroby zawodowej,
 - 4) dotyczące czystych szkód majątkowych.
4. Franszyza redukcyjna wynosi 500 zł.

KLAUZULA NR 11 –

UBEZPIECZENIE OC PRZEDSIĘBIORCY PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY

1. Na mocy niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody powstałe w związku z wykonywaniem zawodu pracownika służby BHP.
2. Ubezpieczenie może zostać zawarte przez osobę fizyczną świadczącą usługi w oparciu o umowę o pracę/ umowę cywilnoprawną lub przez przedsiębiorcę prowadzącego działalność wskazaną w pkt 1.
3. Z zachowaniem wyłączeń zawartych § 5 ust. 1 i 2 niniejszych o.w.u., Allianz nie ponosi ponadto odpowiedzialności za szkody:
 - 1) powstałe w związku ze świadczeniem usług na rzecz zakładu górniczego,
 - 2) dotyczące czystych szkód majątkowych.
4. Franszyza redukcyjna wynosi 5% odszkodowania, nie mniej niż 500 zł.

KLAUZULA NR 12 –

UBEZPIECZENIE OC NAUCZYCIELA

1. Na mocy niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody powstałe w związku z wykonywaniem zawodu nauczyciela, wychowawcy lub opiekuna w publicznych lub prywatnych placówkach oświatowych bądź żłobkach, w granicach określonych przepisami prawa.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest również:
 - 1) pełnienie przez nauczyciela funkcji opiekuna w odniesieniu do wyjazdów szkolnych tj. kolonii lub obozów letnich/zimowych, zorganizowanych przez uprawniony podmiot,
 - 2) udział w prowadzeniu zajęć pozalekcyjnych zorganizowanych przez placówkę oświatową (na jej terenie lub poza nim).
3. Z zachowaniem wyłączeń zawartych § 5 ust. 1 i 2 niniejszych o.w.u., Allianz nie ponosi ponadto odpowiedzialności za szkody:
 - 1) wyrządzone przez osobę nie posiadającą stosownych uprawnień do wykonywania zawodu lub w stosunku do której orzeczono zakaz prowadzenia działalności związanej z edukacją, wychowaniem lub opieką nad małoletnimi,
 - 2) dotyczące czystych szkód majątkowych,
4. Na wniosek Ubezpieczającego i za opłatą dodatkowej składki, odmiennie niż stanowi § 3 ust. 20 OWU, ochroną ubezpieczeniową mogą również zostać objęte szkody powstałe na terytorium pozostałych państw członkowskich Unii Europejskiej.
5. Franszyza redukcyjna wynosi 500 zł.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

Bezpieczny Biznes

Szczególne warunki ubezpieczenia pojazdów

Szczególne warunki ubezpieczenia wspólnot
mieszkaniowych i spółdzielni mieszkaniowych

SPIS TREŚCI

Ogólne warunki ubezpieczenia Bezpieczny Biznes

Dział I.	Postanowienia wspólne dla wszystkich rodzajów ubezpieczeń.	4
Dział II.	Moduł ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych.	12
Dział III.	Moduł ubezpieczenia mienia od kradzieży z wtamaniem i rabunku.	16
Dział IV.	Moduł ubezpieczenia szyb i innych przedmiotów od stłuczenia	20
Dział V.	Moduł ubezpieczenia mienia w transporcie (cargo)	20
Dział VI.	Moduł ubezpieczenia sprzętu elektronicznego	22
Dział VII.	Moduł ubezpieczenia Biznes Assistance	24
Dział VIII.	Moduł ubezpieczenia Asysty Prawnej	26
Dział IX.	Postanowienia końcowe	27

Załącznik nr I – Klauzule dodatkowe 28

Dział I.	Klauzule dodatkowe rozszerzające zakres ochrony ubezpieczeniowej	28
Dział II.	Klauzule dodatkowe rozszerzające zakres ochrony ubezpieczeniowej na wniosek ubezpieczającego i za opłatą dodatkowej składki.	29

Załącznik nr II – Środki bezpieczeństwa 35

Szczególne warunki ubezpieczenia pojazdów 37

Szczególne warunki ubezpieczenia wspólnot mieszkaniowych i spółdzielni mieszkaniowych 40

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

BEZPIECZNY BIZNES

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 13 ust. 1-3; § 14; § 17 ust. 2; § 18 ust. 3; § 19 ust. 3; § 20; § 21; § 22; § 23; § 24; § 28 ust. 3; § 34; § 35; § 37; § 38; § 39; § 40; § 41; § 44; § 46; § 50; § 51; § 52; § 53; § 58; § 59; § 60; § 66; § 67; § 68; § 73; § 74; § 75; § 76; § 77; § 79; § 80; § 81; § 82; § 83; § 84; § 85; § 87; § 90; § 92 Załącznik nr I do OWU Bezpieczny Biznes Klauzule nr 1 – 28 Załącznik nr II do OWU – Środki bezpieczeństwa
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2; § 3; § 5 ust. 7; § 8 ust. 3; § 12 ust. 8; § 13 ust. 1-3; § 14; § 17 ust. 2; § 18 ust. 3; § 19 ust. 3; § 20 ust. 2, 4, 5, 6 i 7; § 21 ust. 2; § 22 ust. 7; § 23 ust. 4; § 24; § 25 ust. 3; § 28 ust. 3; § 30 ust. 1 pkt 1 lit. i ust. 2; § 31; § 32 ust. 7; § 33; § 34; § 35; § 37; § 38; § 39; § 41; § 42 ust. 3; § 43; § 44 ust. 6 i 8; § 45; § 46; § 49; § 51 ust. 3; § 52 ust. 3; § 53 ust. 2-4; § 55; § 57; § 58; § 59 ust. 2; § 60; § 62 ust. 1; § 63 ust. 4; § 65; § 66; § 68 ust. 2-4; § 70 ust. 1-4; § 71 ust. 7; § 72; § 73; § 75; § 76 ust. 3-4; § 77 ust. 2-3; § 78 ust. 7; § 79; § 80 ust. 2; § 81 ust. 2-4; § 82 ust. 1; § 83; § 84; § 85; § 86; § 88 ust. 3; § 89 ust. 3, 4, 6 i 7; § 90; § 91; § 92 ust. 3 Załącznik nr I do OWU Bezpieczny Biznes Klauzule nr 1 – 28: Klauzula nr 1 ust. 3-5; Klauzula nr 2 ust. 3, 5, 6, 8 i 9; Klauzula nr 3 ust. 3-4; Klauzula nr 4 ust. 2-6; Klauzula nr 5 ust. 2-4; Klauzula nr 6 ust. 2-3; Klauzula nr 7 ust. 3-5; Klauzula nr 8 ust. 2; Klauzula nr 9; Klauzula nr 10 ust. 1 pkt 1-4; ust. 2-4; Klauzula nr 11 ust. 6-9; Klauzula nr 12 ust. 4-6; Klauzula nr 13 ust. 3-6; Klauzula nr 14 ust. 3, 5-10; Klauzula nr 15 ust. 3; 5-7; Klauzula nr 16 ust. 2-4; Klauzula nr 17 ust. 4-7; Klauzula nr 18 ust. 2-5; Klauzula nr 19 ust. 3-8; Klauzula nr 20 ust. 3-5; Klauzula nr 21; Klauzula nr 22 ust. 3-5; Klauzula nr 23 ust. 2-4; Klauzula nr 24 ust. 2-5; Klauzula nr 25 ust. 3-4; Klauzula nr 26A; Klauzula nr 26B; Klauzula nr 27; Klauzula nr 28 ust. 3-4 Załącznik nr II – Środki bezpieczeństwa

DZIAŁ I.

POSTANOWIENIA WSPÓLNE DLA WSZYSTKICH RODZAJÓW UBEZPIECZEŃ

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia Bezpieczny Biznes, zwane dalej „OWU”, stosuje się do Umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej „Allianz” z osobami fizycznymi, w tym także osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi lub innymi jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi, mającymi zdolność do czynności prawnych.
2. Postanowienia niniejszych OWU dotyczące **Ubezpieczającego** stosuje się odpowiednio do **Ubezpieczonego**.
3. Umowa ubezpieczenia, zwana dalej „Umową”, zawierana na podstawie OWU może obejmować następujące moduły:
 - 1) Ubezpieczenie mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych;
 - 2) Ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku;
 - 3) Ubezpieczenie szyb i innych przedmiotów od stłuczenia;
 - 4) Ubezpieczenie mienia w transporcie;
 - 5) Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego;
 - 6) Ubezpieczenie Biznes Assistance;
 - 7) Ubezpieczenie Asysty Prawnej.

DEFINICJE

§ 2

Wskazane poniżej określenia, użyte w niniejszych OWU, w zawartej na ich podstawie Umowie oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem lub wykonywaniem Umowy, oznaczają:

- 1) **Awaria** – stan techniczny maszyny, urządzenia lub aparatu, który ogranicza lub uniemożliwia jego dalszą eksploatację oraz zmniejszenie sprawności lub niesprawność maszyny, urządzenia lub aparatu ograniczające jego zdolność do działania;
- 2) **Budowla** – trwale związany z gruntem obiekt budowlany niebędący **budynkiem** wraz z wbudowanymi i stanowiącymi całość techniczną i użytkową instalacjami lub urządzeniami technicznymi oraz zainstalowanymi na stałe elementami wykończeniowymi;
- 3) **Budynek** – obiekt budowlany trwale związany z gruntem, wydzielony z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych, posiadający fundamenty i dach, wraz z wbudowanymi instalacjami, urządzeniami budowlanymi oraz zainstalowanymi na stałe elementami wykończeniowymi, stanowiącymi całość techniczną i użytkową wraz z elementami reklamowymi zamontowanymi na stałe do **budynku**;
- 4) **Budynek niepalny** – budynek, którego ściany zewnętrzne oraz pokrycie dachowe są wykonane z materiałów niepalnych w rozumieniu przepisów prawa;
- 5) **Budynek palny** – budynek, którego ściany zewnętrzne lub pokrycie dachowe są wykonane z materiałów nie stanowiących materiałów niepalnych w rozumieniu przepisów prawa;
- 6) **Budynek/lokal/elementy działki w budowie** – obiekt budowlany, którego budowa nie została zakończona lub taki, który nie uzyskał pozwolenia na użytkowanie wymaganego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa budowlanego;
- 7) **Centrum Operacyjne** – podmiot działający na rzecz Allianz, zajmujący się organizowaniem **usług assistance** w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych OWU;
- 8) **Deszcz** – opad atmosferyczny w postaci kropeł wody;
- 9) **Dym i sadza** – zawiesina cząsteczek w gazie, będąca bezpośrednim skutkiem spalania, która nagle wydobyta się ze znajdujących się w miejscu ubezpieczenia urządzeń (eksploatowanych zgodnie z przeznaczeniem i przepisami technicznymi, przy sprawnym funkcjonowaniu urządzeń wentylacyjnych i oddymiających), lub powstała w wyniku **pożaru** poza miejscem ubezpieczenia i dotarła do ubezpieczonego mienia;
- 10) **Eksplozja** – zespół zjawisk towarzyszących nagłemu przejściu układu z jednego stanu równowagi w drugi, z gwałtownym wyzwoleniem energii (cieplnej lub świetlnej), gazu, pyłu lub pary; pod pojęciem eksplozji zbiornika ciśnieniowego, który stale jest napętniony parą lub gazem, rozumie się rozerwanie ściany zbiornika i gwałtowne wyrównanie ciśnienia na zewnątrz i wewnątrz zbiornika, jak również eksplozję spowodowaną gwałtownie przebiegającą reakcją chemiczną wewnątrz zbiornika, nie powodującą rozerwania jego ścian;
- 11) **Elementy działki** – **budowle** i obiekty małej architektury potocznie trwale z gruntem, inne niż **budynki**, wraz z wbudowanymi instalacjami, urządzeniami budowlanymi, zainstalowanymi na stałe elementami wykończeniowymi, stanowiącymi całość techniczną i użytkową wraz z elementami reklamowymi zamontowanymi na stałe do **budowli** lub obiektów małej architektury; elementami działki są również: chodniki, podjazdy, place utwardzane, mury oporowe, ogrodzenia, bramy i furtki, oświetlenie posesji, studnie i instalacje studzienne wraz z przykryciami, osadniki wykonane z muru, betonu lub tworzyw sztucznych, stacjonarne zbiorniki na gaz płynny i paliwa płynne, baseny, fontanny, oczka wodne, zadaszenia (wiaty), altany, pomosty, pomieszczenia na śmieci, reklamy wolnostojące;
- 12) **Franszyza integralna** – określona w Umowie wartość, do wysokości której Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkodę**; jeżeli wartość **szkody** przekroczy wartość ustaloną w Umowie jako **franszyza integralna**, wtedy Allianz wypłaca całe należne odszkodowanie;
- 13) **Franszyza redukcyjna** – ustalona w Umowie wartość wyrażona kwotowo lub procentowo, o którą Allianz, bez względu na wartość **szkody**, pomniejsza wysokość odszkodowania; **franszyza redukcyjna** odnosi się do każdej szkody;
- 14) **Grad** – opad atmosferyczny składający się z brytek lodu;
- 15) **Implozja** – uszkodzenie zbiornika lub aparatu próżniowego na skutek działania podciśnienia;
- 16) **Karencja** – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Allianz z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy, przez okres w niej wskazany;
- 17) **Katastrofa budowlana** – zawalenie się **budynku**, **budowli** lub ich części w wyniku nagłej, samoistnej utraty wytrzymałości elementów konstrukcyjnych **budynku** lub **budowli**; Allianz ponosi odpowiedzialność zarówno za szkody powstałe w następstwie zawalenia się **budynku** stanowiącego miejsce ubezpieczenia, jak również za te, które powstały w przedmiocie ubezpieczenia na skutek **katastrofy budowlanej budynków** sąsiadujących;
- 18) **Kradzież wraz z pojazdem** – zabór przez sprawcę transportowanego mienia z jednoczesnym zaborem pojazdu w celu przywłaszczenia;
- 19) **Kradzież z włamaniem** – dokonanie lub usiłowanie dokonania zaboru ubezpieczonego mienia z wnętrza **budynku** lub **lokalu** w celu przywłaszczenia ubezpieczonego mienia:
 - a) po uprzednim usunięciu lub zniszczeniu przez sprawcę zabezpieczenia przy użyciu narzędzi lub siły, z pozostawieniem śladów włamania na tych zabezpieczeniach, stanowiących dowód użycia siły lub narzędzi,
 - b) po otwarciu przez sprawcę zabezpieczenia podrobionym kluczem, innym narzędziem lub kluczem oryginalnym, który sprawca zdobył w wyniku kradzieży z włamaniem do innego **budynku** lub **lokalu**, lub w wyniku **rabunku**,
 - c) po ukryciu się sprawcy w **budynku/lokalu** w godzinach otwarcia i dokonaniu kradzieży po zamknięciu **budynku/lokalu**, gdy sprawca pozostawił widoczne ślady opuszczania **budynku/lokalu**;
- 20) **Kradzież z włamaniem z pojazdu** – zabór przez sprawcę transportowanego mienia z pojazdu w celu przywłaszczenia, po uprzednim usunięciu lub uszkodzeniu przy użyciu siły lub narzędzi przeszkody stanowiącej część konstrukcji pojazdu lub istniejących zabezpieczeń utrudniających dostęp do jego wnętrza, z pozostawieniem śladów włamania na tych zabezpieczeniach, stanowiących dowód użycia siły lub narzędzi;
- 21) **Kradzież zwykła** – zabór mienia w celu przywłaszczenia nie spełniający warunków wymaganych dla uznania go za **kradzież z włamaniem**;
- 22) **Lawina** – gwałtowne zsuwanie lub staczanie się mas śniegu, lodu, skał, kamieni lub błota ze stoków górskich;
- 23) **List przewozowy** – dokument potwierdzający zawarcie umowy przewozu z przewoźnikiem, na podstawie którego wykonywany jest dany transport;
- 24) **Lokal** – przestrzeń wyodrębniona z **budynku** za pomocą przegród budowlanych stanowiąca funkcjonalną lub gospodarczą całość, służąca zaspokojeniu potrzeb **Ubezpieczonego**, użytkowana na mocy posiadanej przez niego tytułu prawnego, składająca się z jednego lub większej liczby pomieszczeń wraz z wbudowanymi instalacjami, urządzeniami budowlanymi oraz zainstalowanymi na stałe elementami wykończeniowymi, stanowiącymi całość techniczną i użytkową oraz wraz z przynależnymi do lokalu elementami reklamowymi zamontowanymi na stałe do **budynku**, w którym znajduje się **lokal**;
- 25) **Maszyny, urządzenia, wyposażenie** – mienie ruchome lub zamontowane na stałe w **budynku** lub **lokalu** lecz niestanowiące jego części technicznej lub lokalu, wykorzystywane przez **Ubezpieczonego** w prowadzeniu działalności gospodarczej, ujęte

- w ewidencji środków trwałych, z wyłączeniem **mienia niskocennego**, pojazdów mechanicznych, przyczep, naczep, ciągników rolniczych, taboru kolejowego, statków powietrznych i wodnych oraz maszyn, urządzeń i narzędzi ciągniętych przez pojazd, które podczas transportu poruszają się na własnych kołach;
- 26) **Materiały budowlane** – fabrycznie nowe materiały wykorzystywane w toku prowadzenia procesu budowlanego **budynku** albo **lokalu** (materiały do postawienia murów, wykonania wszelkiego rodzaju instalacji, ocieplenia, izolacji, konstrukcji i pokrycia dachu oraz materiały służące do wykonania statych elementów wykończeniowych tego **budynku** albo **lokalu**);
 - 27) **Mienie niskocenne – maszyny, urządzenia i wyposażenie**, które ze względu na swoją wartość początkową zostały jednorazowo wliczone do kosztów operacyjnych i nie są ujmowane w ewidencji środków trwałych **Ubezpiezonego** zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 28) **Mienie pracownicze** – mienie ruchome będące własnością **pracowników Ubezpiezonego**, służące do ich osobistego użytku, z wyłączeniem **wartości pieniężnych**, pojazdów;
 - 29) **Mienie osób trzecich** – potwierdzone dokumentem przyjęcia, mienie należące do **osób trzecich** przyjęte przez **Ubezpiezonego** w celu obróbki, naprawy, remontu, przeróbki, czyszczenia, sprzedaży, składu, przechowania lub innej usługi zgodnej z działalnością **Ubezpiezonego**;
 - 30) **Nakłady inwestycyjne** – udokumentowane koszty poniesione na wykonanie remontów, wykonanie prac adaptacyjnych oraz zamontowanych na stałe elementów wykończenia wraz z elementami reklamowymi zamontowanymi na stałe do **budynku**, w którym znajduje się **lokal**; **budynek** lub **lokal** użytkowany jest na podstawie umowy najmu lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest korzystanie z **budynku** lub **lokalu**, w celu dostosowania go do rodzaju prowadzonej działalności lub podniesienia standardu, również w sytuacji gdy uprawniony do użytkowania **budynku** lub **lokalu** na podstawie wyżej wymienionej umowy nie poniósł tych kosztów, a jest zobowiązany do naprawy uszkodzeń;
 - 31) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia **Ubezpiezonego**, zaistniałe w miejscu ubezpieczenia lub w trakcie podróży służbowej (tj. związanej z prowadzoną przez **Ubezpiezonego** działalnością gospodarczą) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, powodujące uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub trwałe uszczerbek na zdrowiu;
 - 32) **Obiekty inżynierijne** – wszelkie obiekty inżynierii lądowej i wodnej (drogi, mosty, wiadukty, tunele, nabrzeża, mola, śluzy, tamy, torowiska, linie kolejowe);
 - 33) **Obsunięcie ziemi** – ruch podłoża na stokach spowodowany przyczynami naturalnymi, niezwiązany z działalnością człowieka;
 - 34) **Okres ubezpieczenia** – określony w Umowie czas, na jaki została zawarta Umowa, okres ubezpieczenia jest wskazywany w dokumencie ubezpieczenia;
 - 35) **Osoby bliskie dla Ubezpiezonego** – małżonek, osoby pozostające w konkubinacie, rodzeństwo, wstępni, zstępni, ojczym, macocha, pasierbica, teść, teściowa, zięć, synowa, przysposobieni, przysposabiający oraz osoby prowadzące z **Ubezpieczonym** wspólne gospodarstwo domowe;
 - 36) **Osoby trzecie** – każdy podmiot niebędący **Ubezpieczonym** lub **Ubezpieczającym** lub **Allianz**;
 - 37) **Pęknięcie mroźne** – spowodowane mrozem pęknięcie znajdujących się wewnątrz **budynku/lokalu** urządzeń kąpielowych, umywalek, sptuczek, syfonów, wodociągów, kotłów, bojlerów, pomp ciepłych, rur dopływowych (wodociągowych) lub odpływowych (kanalizacyjnych), instalacji grzewczych, klimatyzacyjnych, tryskaczowych lub gaśniczych oraz wyciek pary, wody lub innej cieczy, który powstał na skutek ww. uszkodzenia;
 - 38) **Powódź** – zalanie terenu spowodowane wystąpieniem z brzegów powierzchniowych wód stojących i płynących lub podniesieniem się morskich wód przybrzeżnych;
 - 39) **Pożar** – działanie ognia, który wydosłał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile;
 - 40) **Prace budowlano-montażowe** – prace polegające na zmianie parametrów technicznych lub użytkowych **budynku/lokalu**, wymiana, przebudowa układów funkcjonalnych **budynku/lokalu**, montaż, demontaż instalacji i urządzeń;
 - 41) **Pracownik** – osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę lub świadcząca pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej, z wyłączeniem osoby fizycznej, która zawarła z **Ubezpieczonym** umowę cywilnoprawną w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej; za pracownika uważa się również stażystę, praktykanta lub wolontariusza, którym **Ubezpieczony** powierzył wykonywanie określonych czynności;
 - 42) **Przebiecie** – gwałtowna zmiana napięcia, natężenia lub innego parametru prądu elektrycznego w sieci energetycznej poza dopuszczalną wartość, określoną przez producenta dla danego urządzenia;
 - 43) **Rabunek** – zabór ubezpiezonego mienia przez sprawcę na skutek zastosowania wobec **Ubezpiezonego**, jego **pracowników**, osób, którym **Ubezpieczony** powierzył pieczę nad przedmiotem ubezpieczenia lub którym zlecił dozór w miejscu ubezpieczenia:
 - a) przemocy fizycznej lub groźby pozbawienia życia lub zdrowia, żeby uniemożliwić w ten sposób jego opór przeciwko zaborowi przedmiotu ubezpieczenia,
 - b) groźby pozbawienia życia lub zdrowia, żeby na skutek zastraszania dostarczył mu przedmiot ubezpieczenia do wskazanego miejsca, o ile miejsce, w którym doszło do przekazania, znajdowało się w obrębie miejsca ubezpieczenia,
 - c) groźby pozbawienia życia lub zdrowia w celu zmuszenia do otwarcia zamka, w tym zamka szyfrowego, lub usunięcia innego zabezpieczenia chroniącego przedmiot ubezpieczenia,
 - d) wykorzystania powstałego nagle zaburzenia stanu fizycznego lub psychicznego ww. osób spowodowanego przez wypadek lub inną przyczynę bez związku z użyciem przez osobę sprawującą pieczę nad mieniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, które miało wpływ na powstanie **szkody**, chyba że użycie tych środków nastąpiło pod wpływem groźby, przymusu lub podstęp;
 - 44) **Reprezentant Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego** – w rozumieniu niniejszych OWU za reprezentantów **Ubezpieczającego** lub **Ubezpiezonego** uważa się:
 - a) w przypadku przedsiębiorstw państwowych – dyrektora, jego zastępców, jego pełnomocników oraz zarządcę,
 - b) w przypadku spółek z ograniczoną odpowiedzialnością i spółek akcyjnych – członków zarządu, prokurentów i ich pełnomocników,
 - c) w przypadku spółek komandytowo-akcyjnych – komplementariusza będącego osobą fizyczną, akcjonariusza, prokurentów i ich pełnomocników,
 - d) w przypadku spółek jawnych i komandytowych – wspólników, komplementariuszy będących osobami fizycznymi, prokurentów i ich pełnomocników,
 - e) w przypadku spółek partnerskich – partnerów, prokurentów i ich pełnomocników,
 - f) w przypadku spółek cywilnych – wspólników oraz ich pełnomocników,
 - g) w przypadku osób fizycznych – osobę fizyczną zawierającą Umowę i jej pełnomocników,
 - h) w przypadku spółdzielni, wspólnot, fundacji i stowarzyszeń – członków zarządu;
 - 45) **Rzecz ruchoma – maszyny, urządzenia, wyposażenie, mienie niskocenne, środki obrotowe, mienie osób trzecich, nakłady inwestycyjne, wartości pieniężne, mienie pracownicze** zdefiniowane w niniejszym paragrafie;
 - 46) **Sprzęt elektroniczny** – urządzenia, które zawiera elektroniczne podzespoły (układy scalone, tranzystory i inne elementy półprzewodnikowe nie ulegające zużyciu mechanicznemu) przeznaczone do przetwarzania i wizualizacji danych, wykonywania pomiarów, kontroli i sterowania procesami, sygnalizacji stanów urządzenia;
 - 47) **Stale elementy wykończeniowe** – elementy zamontowane w sposób uniemożliwiający ich odtądzenie od **budynku/lokalu** bez użycia narzędzi, bez spowodowania ich uszkodzenia lub uszkodzenia substancji **budynku/lokalu**, to jest:
 - a) powłoki malarskie,
 - b) okładziny podłóg, schodów, ścian i sufitów, sufity podwieszane,
 - c) przegrody i ścianki działowe,
 - d) okna i drzwi wraz z ościeżnicami i zamknięciami, kraty, rolety, żaluzje i okiennice,
 - e) meble wbudowane, wykonane na wymiar,
 - f) urządzenia stanowiące osprzęt do instalacji,
 - g) szyby;
 - 48) **Staty dozór** – bezpośredni dozór pełniony w miejscu ubezpieczenia przez osoby zatrudnione przez **Ubezpiezonego** lub przez podmiot świadczący usługi ochrony i dozoru mienia, z którym **Ubezpieczony** podpisał umowę o świadczenie takich usług; osoba wykonująca dozór powinna być wyposażona w środki łączności oraz mieć określony zakres obowiązków, który zawiera co najmniej procedury dotyczące sposobu postępowania w przypadku naruszenia zabezpieczeń mienia lub próby włamania;
 - 49) **Strajk** – zakłócenie porządku publicznego spowodowane przez grupę pracowników liczącą co najmniej 10 osób, które dobrowolnie i planowo, z nastawieniem na konkretny cel, wspólnie przerwały pracę;

- 50) **System alarmowy** – serwisowany zgodnie z instrukcją użytkownika system ochrony przeciwkradzieżowej spełniający łącznie niżej wymienione warunki:
- a) działający w oparciu o elektroniczny układ czujek i wywołujący alarm zapewniający powiadomienie koncesjonowanej agencji ochrony w przypadku naruszenia zabezpieczeń chronionego **budynku/lokalu**,
 - b) odebranie sygnału alarmowego, o którym mowa powyżej, zobowiązuje, na podstawie zawartej przez **Ubezpieczonego** umowy, do przybycia załogi interwencyjnej do miejsca ubezpieczenia w czasie do 15 minut,
 - c) chroniący wszystkie pomieszczenia, korytarze, klatki schodowe w **budynku/lokalu**, w którym znajduje się ubezpieczone mienie;
- 51) **Szkoda** – fizyczna utrata, uszkodzenie lub zniszczenie ubezpieczonego mienia będące bezpośrednim następstwem zdarzenia losowego objętego Umową;
- 52) **Szyby i przedmioty szklane** – nieuszkodzone w chwili przyjęcia do ubezpieczenia zamontowane lub zainstalowane zgodnie z ich przeznaczeniem szyby i przedmioty szklane stanowiące:
- a) oszklenia zewnętrzne i wewnętrzne w **budynkach i lokalach**, to jest: szyby okienne i drzwiowe, oszklenie ścian i dachów, szklane przegrody ścienne, osłony boksów, kabin, kontuarów, w tym szyby przeciwwłamaniowe i kuloodporne,
 - b) elementy szklane wind,
 - c) baterie i kolektory słoneczne, ogniwa fotowoltaiczne,
 - d) tablice reklamowe, szyldy, gabloty ze szkła lub tworzyw sztucznych znajdujące się w miejscu ubezpieczenia,
 - e) płyty szklane stanowiące część składową mebli, stołów, lad chłodniczych, lustra zamontowane w ścianach lub meblach,
 - f) neony, reklamy świetlne w miejscu ubezpieczenia,
 - g) okładziny ceramiczne i kamienne wewnątrz i na zewnątrz **budynku/lokalu**,
 - h) witraże,
 - i) oszklenia kominków,
 - j) akwaria i terraria;
- 53) **Napór śniegu i lodu** – zniszczenie lub uszkodzenie przedmiotu ubezpieczenia spowodowane przez:
- a) niszczące działanie ciężaru śniegu lub lodu na konstrukcję dachu lub inne elementy **budynku/lokalu**,
 - b) przewrócenie się na skutek naporu śniegu lub lodu drzew lub innych sąsiadujących obiektów na przedmiot ubezpieczenia;
- 54) **Środki obrotowe** – rzeczowe aktywa obrotowe przez które, rozumie się:
- a) surowce lub półprodukty wykorzystywane w działalności produkcyjnej,
 - b) wytworzone lub przetworzone produkty gotowe zdane do sprzedaży lub w toku produkcji,
 - c) surowce, półprodukty oraz towary nabyte w celu odsprzedaży w stanie nieprzetworzonym,
 - d) materiały nabyte w celu zużycia w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, niebędące **maszynami, urządzeniami lub wyposażeniem**;
- 55) **Terroryzm** – akt polegający na użyciu siły lub przemocy, jednak nie ograniczający się wyłącznie do ich użycia, przez pojedynczą osobę lub grupę osób działających samodzielnie, w imieniu jakiegokolwiek organizacji, bądź w porozumieniu z taką organizacją, popętniony z pobudek politycznych, religijnych, ideologicznych lub podobnych, z zamiarem wywarcia wpływu na rząd lub zastraszenia społeczeństwa albo jego części;
- 56) **Transport obcy** – przewóz ubezpieczonego mienia, świadczony przez podmiot prowadzący zawodowo działalność w zakresie zarobkowego świadczenia usług przewozowych, zwany dalej przewoźnikiem; aby transport obcy w rozumieniu niniejszych OWU był objęty ochroną ubezpieczeniową, przewóz musi odbywać się na podstawie pisemnego **listu przewozowego**;
- 57) **Transport własny** – przewóz ubezpieczonego mienia za pomocą:
- a) środków transportu należących do **Ubezpieczonego**,
 - b) środków transportu użytkowanych przez **Ubezpieczonego** na podstawie umowy cywilnoprawnej, w tym umowy najmu oraz leasingu,
 - c) środków transportu należących do **pracowników Ubezpieczonego**, używanych na podstawie umowy dotyczącej wykorzystywania samochodów prywatnych do celów służbowych;
- 58) **Trzęsienie ziemi** – wstrząsy powierzchni ziemi wywołane nagłymi przemieszczeniami mas skalnych w obrębie skorupy ziemskiej, które zostały potwierdzone pomiarami najbliższego miejsca ubezpieczenia stacji badawczej;
- 59) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, lecz posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, zawierająca z Allianz Umowę i zobowiązana do opłacenia składki ubezpieczeniowej;
- 60) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła Umowę na rachunek własny albo, na rachunek której została zawarta Umowa; **Ubezpieczonym** może być również osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej, jeżeli przedmiotem ubezpieczenia jest **budynek/lokal** będący jej własnością i oddany na podstawie umowy najmu lub dzierżawy przedsiębiorcy do prowadzenia działalności gospodarczej;
- w przypadku ubezpieczenia Biznes Assistance przez **Ubezpieczonego** rozumie się osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, osobę fizyczną, która jest współnikiem **Ubezpieczonego** będącego jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, członka zarządu **Ubezpieczonego**, osobę fizyczną zarządzającą przedsiębiorstwem **Ubezpieczonego** na podstawie stosownej umowy, a także **pracownika Ubezpieczonego** zatrudnionego na okres co najmniej 3 miesięcy lub na czas nieokreślony;
- 61) **Ubezpieczenie na pierwsze ryzyko** – system określania sum ubezpieczenia polegający na podaniu zakładanej przez **Ubezpieczającego**, maksymalnej wysokości jednostkowej **szkody**, jaka może zaistnieć w **okresie ubezpieczenia**; suma ta jest określana niezależnie od całkowitej wartości przedmiotu ubezpieczenia;
- 62) **Ubezpieczenie na sumy state** – system określania sum ubezpieczenia polegający na podaniu całkowitej wartości przedmiotu ubezpieczenia, przewidywanej w **okresie ubezpieczenia**;
- 63) **Uderzenie pioruna** – bezpośrednie przejście ładunku elektrycznego z atmosfery do ziemi przez przedmiot ubezpieczenia pozostawiające na tym przedmiocie ślady;
- 64) **Uderzenie lub upadek statku powietrznego** – przymusowe lądowanie lub upadek statku powietrznego lub innego obiektu latającego, upadek jego części, paliwa lub przewożonego ładunku;
- 65) **Uderzenie pojazdu** – bezpośrednie uderzenie w przedmiot ubezpieczenia pojazdu, jego części lub przewożonego ładunku; definicja nie obejmuje uderzenia pojazdów prowadzonych przez **Ubezpieczonego** lub jego **pracowników** oraz szkód wyrządzonych w pojazdach lub ich ładunku;
- 66) **Uderzeniowa fala dźwiękowa** – fala uderzeniowa powstała w wyniku przekroczenia bariery dźwięku przez statek powietrzny;
- 67) **Upadek drzew i budowli** – upadek drzew, masztów, dźwigów, kominów lub innych **budowli** oraz części **budowli** lub **budynków**, niezależny od **Ubezpieczonego** i za który **Ubezpieczony** nie ponosi odpowiedzialności; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje kosztów związanych z demontażem, naprawą, remontem, ponownym ustawieniem oraz konserwacją masztów, dźwigów, kominów lub innych budowli oraz ich mocowań;
- 68) **Urządzenia budowlane** – urządzenia techniczne związane z **budynkiem** lub **elementem działki**, zapewniające możliwość użytkowania obiektu zgodnie z jego przeznaczeniem, w tym przyłącza i urządzenia instalacyjne;
- 69) **Usługi Assistance** – zapewnienie:
- a) pomocy organizacyjnej, technicznej, interwencyjnej i ochrony ubezpieczonego mienia – w miejscu ubezpieczenia,
 - b) pomocy medycznej, pomocy po hospitalizacji – w miejscu pobytu,
 - c) świadczenia usług informacyjnych;
- 70) **Wandalizm** – celowe, umyślne uszkodzenie lub zniszczenie **budynku/lokalu, elementów działki lub rzeczy ruchomych** przez osoby trzecie;
- 71) **Wartości pieniężne**:
- a) gotówka – krajowe i zagraniczne znaki pieniężne (banknoty i monety),
 - b) czek, z wyjątkiem czeków zakreślonych, skasowanych lub opatrzonych indosem pełnomocniczym, zawierającym wzmiankę „wartość do inkasa”, „należność do inkasa” lub inną o podobnym charakterze,
 - c) weksle, z wyjątkiem weksli opatrzonych indosem pełnomocniczym, zawierającym wzmiankę „wartość do inkasa” lub inną o podobnym charakterze,
 - d) obligacje, bony skarbowe, rozrachunkowe jednostki pieniężne, dłużne papiery wartościowe, karty prepaid, z wyłączeniem kart płatniczych, kredytowych, charge i debetowych,
 - e) nieprzeterminowane i będące w obiegu bony towarowe, losy loteryjne, bilety, karty telefoniczne (w tym prepaid), znaczki pocztowe,
 - f) złoto, srebro, platyna, metale z grupy platynowców,
 - g) niestanowiące **środków obrotowych** wyroby z metali wskazanych w lit. f, kamienie szlachetne, perły, biżuteria i wyroby jubilerskie;

- 72) **Wartość księgowa brutto** – ewidencyjna wartość początkowa środka trwałego z uwzględnieniem dokonanych przeszacowań jego wartości wynikających z przepisów prawa;
- 73) **Wartość kosztorysowa** – kwota stanowiąca wartość kosztorysową materiałów budowlanych oraz robót wykonanych i zaplanowanych aż do momentu zakończenia budowy; wartość kosztorysowa jest stosowana w ubezpieczeniu **budynku/lokalu/elementów działki w budowie**;
- 74) **Wartość odtworzeniowa (nowa)** – wartość odpowiadająca kosztom przywrócenia mienia do stanu nowego nieulepszanego:
- dla **maszyn, urządzeń, wyposażenia** (w tym **sprzętu elektrycznego**), **środków obrotowych**, oprogramowania – wartość odpowiadająca cenie nabycia lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości z włączeniem kosztów cła, transportu i montażu,
 - dla **budynków/lokalu, elementów działki i nakładów inwestycyjnych** – wartość odpowiadająca kosztom odbudowy w tym samym miejscu obiektu tego samego rodzaju, konstrukcji, powierzchni i standardu, przy zastosowaniu takich samych lub zbliżonej jakości materiałów;
- 75) **Wartość rzeczystwa – wartość odtworzeniowa (nowa)** pomniejszona o **zużycie techniczne**;
- 76) **Wartość wytworzenia** – suma kosztów materiałów, surowców i robocizny (bez dodatkowych kosztów i nakładów) poniesionych w celu wytworzenia określonej rzeczy;
- 77) **Wiatr** – ruch powietrza atmosferycznego, powstały wskutek nierównomiernego rozkładu ciśnienia atmosferycznego, który spowodował **szkodę** w najbliższym sąsiedztwie miejsca ubezpieczenia lub gdy charakter uszkodzeń wskazuje na działanie tego zjawiska; ochroną ubezpieczeniową objęte są również następstwa szkód spowodowanych przez uderzenie części **budynków**, drzew lub innych przedmiotów powalonych lub unoszonych przez wiatr w przedmiot ubezpieczenia;
- 78) **Wyładunek** – ogół czynności wykonywanych po zakończeniu przewozu w miejscu przeznaczenia, mających na celu wyjęcie lub zdjęcie mienia ze środka transportu;
- 79) **Wyłączenie z eksploatacji** – zaprzestanie prowadzenia w ubezpieczonym **budynku, lokalu** lub **elemencie działki** działalności albo wykorzystywania ich na cele zgodne z przeznaczeniem;
- 80) **Wymienne nośniki danych** – zewnętrzne elementy umożliwiające gromadzenie informacji w postaci zapisu cyfrowego, nadające się do odczytu przez **sprzęt elektroniczny**;
- 81) **Wypadek środka transportu (pojazdu)** – zderzenie pojazdu z jakimkolwiek obiektem, stoczenie się, odłączenie przyczepy, a także przewrócenie się lub wypadnięcie z trasy oraz powodujące szkodę w przewożonym mieniu zawalenie się mostu lub wiaduktu pod pojazdem, niespowodowane przekroczeniem limitu masy całkowitej pojazdu dozwolonego przy wjeździe na most lub wiadukt;
- 82) **Zalanie** – nagłe, niekontrolowane wydostanie się pary, wody lub innej cieczy, które powstało na skutek:
- wystąpienia awarii polegającej na samoistnym uszkodzeniu znajdujących się w miejscu ubezpieczenia: instalacji wodociągowej, potłoczeń giętkich, armatury, instalacji kanalizacyjnej, wodnego/parowego/olejowego układu grzewczego lub klimatyzacji, pomp wodnych, słonecznego układu ogrzewania wody, urządzeń potłoczonych na stałe z systemem rur, w tym urządzeń stanowiących wyposażenie użytkowe lub wystrój wnętrz,
 - wystąpienia awarii polegającej na samoczynnym uruchomieniu się instalacji tryskaczowej lub gaśniczej znajdującej się w miejscu ubezpieczenia,
 - cofnięcia się wody lub ścieków z kanalizacji,
 - nieumyślnego pozostawienia otwartych zaworów w warunkach przerwy w dopływie wody,
 - zalania przez **osoby trzecie** wodą lub inną cieczą z innego **lokalu** lub z innego **budynku**,
 - wycieku wody z akwarium spowodowanego stłuczeniem akwarium lub samoistnym (tj. niezależnym od działań **Ubezpieczonego** lub **osób trzecich**) rozszczelnieniem lub uszkodzeniem jego osprzętu,
 - zalanie przedmiotu ubezpieczenia na skutek topnienia śniegu lub lodu zalegającego na dachu lub innych elementach **budynku/lokalu**, w którym znajduje się przedmiot ubezpieczenia;
- 83) **Załadunek** – ogół czynności wykonywanych bezpośrednio przed rozpoczęciem przewozu w miejscu nadania, mających na celu umieszczenie przygotowanego do przewozu mienia na lub wewnątrz środka transportu;
- 84) **Zamek wielozastawkowy/kłódka wielozastawkowa** – zamek lub kłódka, do których klucz posiada co najmniej dwa nacięcia prostopadłe do pióra klucza;
- 85) **Zamieszki** – zakłócenie porządku publicznego spowodowane przez:
- grupę ludzi liczącą nie mniej niż 30 osób,

- grupę **pracowników** w związku ze zmniejszeniem zatrudnienia z przyczyn ekonomicznych lub w związku ze zmianami organizacyjnymi, produkcyjnymi albo technologicznymi, jeżeli powodują one konieczność jednorazowego lub w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące rozwiązania stosunków pracy z grupą **pracowników** obejmującą co najmniej 10% stanu zatrudnienia, nie mniej jednak niż 10 **pracowników**;

- 86) **Zapadanie ziemi** – obniżenie się terenu z powodu zawalenia się podziemnych pustych przestrzeni w gruncie, które powstały z przyczyn naturalnych, niezwiązanych z działalnością człowieka;
- 87) **Zdarzenie losowe** – niezależne od woli **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** zdarzenie przyszłe i niepewne, o charakterze nagłym, zaistniałe w **okresie ubezpieczenia** i miejscu ubezpieczenia wskazanym w Umowie, powodujące **szkodę** w ubezpieczonym mieniu;
- 88) **Zużycie techniczne** – trwałe zmiany fizykochemiczne zachodzące w czasie eksploatacji, w wyniku których okres zdatności do pełnienia przez mienie określonych funkcji użytkowych stopniowo się zmniejsza/wyczerpuje.

GENERALNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 3

- Wyłączenia odpowiedzialności zawarte w niniejszym paragrafie mają zastosowanie do wszystkich modułów ubezpieczeń określonych w OWU i klauzul dodatkowych. Allianz nie odpowiada za **szkody** powstałe:
 - z winy umyślnej **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego**, osób z którymi **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony** będący osobą fizyczną pozostawał we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - wskutek rażącego niedbalstwa **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego**, osób z którymi **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony** będący osobą fizyczną pozostawał we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
 - w następstwie działania **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego**, osób bliskich dla **Ubezpieczonego** pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, które skutkowało powstaniem **szkody**;
 - na skutek działań wojennych, działań zbrojnych noszących znamiona działań wojennych, konfliktów zbrojnych, wrogich działań obcych państw, wojny domowej, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, przewrotu wojskowego, buntu w siłach zbrojnych, rebelii, rewolucji, powstania, zamachu stanu, sabotażu;
 - w wyniku **terrorizmu**, strajków, zamieszek, lokautów, niepokołów społecznych;
 - w następstwie środków represyjnych stosowanych przez organy państwa: konfiskaty, nacjonalizacji, zajęcia, zawłaszczenia, zakrewirowania lub zniszczenia, również gdy zdarzenie zaszło na podstawie decyzji podjętej przez uprawnione do tego władze;
 - w następstwie działania energii jądrowej, promieniowania jonizującego lub laserowego, zanieczyszczenia radioaktywnego, odpadów nuklearnych lub związków będących wynikiem spalania paliwa jądrowego, izotopów promieniotwórczych, oddziaływania pola elektromagnetycznego, broni lub innych urządzeń wytwarzających lub wykorzystujących energię jądrową lub substancji radioaktywnych;
 - związane z działalnością kopalni lub zakładu górniczego.
- O ile nie umówiono się inaczej, ilekroć w OWU mowa jest o winie umyślnej lub rażącym niedbalstwie **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** albo o braku lub ograniczeniu odpowiedzialności Allianz z uwagi na działanie lub zaniechanie **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego**, należy przez to rozumieć winę umyślną lub rażące niedbalstwo lub działanie lub zaniechanie:
 - odpowiednio **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego**;
 - odpowiednio **reprezentantów Ubezpieczającego** lub **reprezentantów Ubezpieczonego**.
- Bez względu na współdziałające przyczyny zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje **szkód** spowodowanych przez:
 - działanie wirusów komputerowych, „konii trojańskich”, bomb czasowych lub logicznych, złośliwego oprogramowania szyfrującego, lub wymuszającego opłaty, innych programów mających charakter złośliwy lub niszczący, nieautoryzowanego kodu lub programu, bez względu na fakt czy zostały wprowadzone przez **Ubezpieczającego**, **Ubezpieczonego**, osobę trzecią lub rozprzestrzeniły się w ramach użytkowania komputerów lub sieci komputerowych;

- 2) działanie hackerów lub przestępców komputerowych, włamanie do systemów komputerowych, urządzeń elektronicznych lub elektronicznych elementów sterujących, bądź wbudowanych w nie chipów, sieci wewnętrznych lub zewnętrznych lub inny rodzaj nieautoryzowanego dostępu do systemów elektronicznych, w tym powstały wskutek ujawnienia haseł dostępowych osobom bliskim lub osobom trzecim niezależnie od tego, czy było to świadome bądź nieświadome działanie.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte **szkody** polegające na zniszczeniu, zmianie pierwotnej formy danych, skasowaniu, uszkodzeniu, zakłóceniu lub zniekształceniu danych, struktur kodu, programu lub oprogramowania oraz nieprawidłowym zastosowaniu oprogramowania, nośników informacji, niezadziałaniu sprzętu, systemów komputerowych, urządzeń elektronicznych, elektronicznych systemów sterujących bądź wbudowanych w nie chipów.
5. Zakres ochrony ubezpieczeniowej określony w niniejszych OWU bez względu na współdziałające przyczyny, nie obejmuje:
 - 1) strat niematerialnych, utraconych korzyści, strat niebędących bezpośrednim następstwem szkód objętych odpowiedzialnością na podstawie niniejszych OWU (tzw. strat pośrednich i następnych), strat związanych z opóźnieniami, przerwą w prowadzeniu działalności gospodarczej, utratą rynku;
 - 2) utraty przychodów, zysku, zwiększonych kosztów prowadzenia działalności gospodarczej.
6. Zakres ochrony ubezpieczeniowej określony w niniejszych OWU bez względu na współdziałające przyczyny, nie obejmuje **szkód**, następstw, a także okoliczności, które mogą powodować lub powodowałyby zobowiązanie do spełnienia przez Allianz świadczenia, w zakresie w jakim naruszałoby to jakiegokolwiek obowiązujące międzynarodowe przepisy przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych lub inne mające zastosowanie regulacje Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych, jak też inne właściwe przepisy lub regulacje przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I CZAS JEJ TRWANIA

§ 4

1. Umowa może być zawarta na warunkach odmiennych niż postanowienia OWU, uzgodnionych i przyjętych przez strony Umowy w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Różnicę między treścią Umowy a OWU Allianz zobowiązany jest przedstawić **Ubezpieczającemu** w formie pisemnej przed zawarciem Umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku Allianz nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla **Ubezpieczającego**. Postanowienie nie ma zastosowania do Umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.
3. Umowa może zostać zawarta na rachunek własny lub na cudzy rachunek.
4. **Ubezpieczony**, w sytuacji gdy Umowa została zawarta na cudzy rachunek, może żądać by, Allianz udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków **Ubezpieczonego**.

§ 5

1. Umowa zawierana jest na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, który zawiera informacje wymagane przez Allianz w celu oceny ryzyka i określenia należnej składki.
2. Wniosek, o którym mowa w poprzednim ustępie, zawiera co najmniej:
 - 1) dane **Ubezpieczającego** i **Ubezpieczonego** (w tym nazwę, adres, REGON lub PESEL w przypadku osoby fizycznej);
 - 2) rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej określony na podstawie Polskiej Klasyfikacji Działalności zwanej dalej PKD;
 - 3) **okres ubezpieczenia**;
 - 4) miejsce ubezpieczenia;
 - 5) przedmiot i zakres ubezpieczenia;
 - 6) wysokość sum ubezpieczenia oraz sposób ich ustalenia;
 - 7) opis stanu zabezpieczeń w miejscu ubezpieczenia;
 - 8) informację o przyczynie, liczbie oraz wartości szkód w okresie ostatnich 3 lat poprzedzających zawarcie Umowy.
3. Allianz może uzależnić zawarcie Umowy od uzyskania dodatkowych informacji mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, dokonania indywidualnej oceny ryzyka, a także wykonania oględzin miejsca lub przedmiotu ubezpieczenia.
4. **Ubezpieczający** obowiązany jest podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem Umowy w innych pismach.

Jeżeli **Ubezpieczający** zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Allianz Umowy, mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

5. W czasie trwania Umowy **Ubezpieczający** obowiązany jest zawiadamiać Allianz o zmianach okoliczności wymienionych w ust. 4, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
6. W razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek obowiązek określony w ust. 4-5 spoczywa zarówno na **Ubezpieczającym**, jak i na **Ubezpieczonym**, chyba że **Ubezpieczony** nie wiedział o zawarciu Umowy na jego rachunek.
7. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 4-6 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 4-6 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany Umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 6

1. Jeżeli w odpowiedzi na złożony wniosek ubezpieczeniowy Allianz doręcza **Ubezpieczającemu** dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść **Ubezpieczającego** od treści złożonego przez niego wniosku, Allianz zobowiązany jest zwrócić **Ubezpieczającemu** na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść **Ubezpieczającego** nie są skuteczne, a Umowa jest zawarta zgodnie z warunkami określonymi w ofercie.
2. W przypadku braku sprzeciwu Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
3. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu w terminie, o którym mowa powyżej, Umowa nie zostaje zawarta, a składka ubezpieczeniowa, o ile została opłacona, podlega zwrotowi bez dokonania potrąceń.

§ 7

1. Zawarcie Umowy Allianz potwierdza dokumentem ubezpieczenia.
2. W razie wątpliwości Umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia **Ubezpieczającemu** dokumentu ubezpieczenia.

§ 8

1. W Umowie określa się datę początkową i końcową **okresu ubezpieczenia**. Umowa zawierana jest na okres jednego roku, chyba że umówiono się inaczej.
2. O ile Umowa nie stanowi inaczej, odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się w dniu określonym w Umowie jako data początkowa **okresu ubezpieczenia**, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki lub pierwszej raty składki, z zastrzeżeniem ust. 3 dotyczącego ryzyka **powodzi**.
3. W odniesieniu do ryzyka **powodzi**, o ile Umowa obejmuje to ryzyko, odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się z upływem 30 dni (**karencji**) od dnia zawarcia Umowy, jednakże nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki lub pierwszej raty składki.
4. Wskazany powyżej okres **karencji** nie ma zastosowania dla Umów ubezpieczenia zawartych w Allianz z zachowaniem ciągłości ochrony ubezpieczeniowej dla ryzyka **powodzi**.

ROZWIĄZANIE UMOWY I ZAKOŃCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ALLIANZ

§ 9

1. Odpowiedzialność Allianz kończy się z chwilą rozwiązania Umowy, a w odniesieniu do ryzyka objętego limitem, odpowiedzialność Allianz kończy się z chwilą, w której ten limit uległ całkowitemu wyczerpaniu wskutek wypłaty odszkodowania lub odszkodowań.
2. Umowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem dnia określonego w Umowie jako data końcowa **okresu ubezpieczenia**;
 - 2) w przypadku określonym w ust. 3, z chwilą otrzymania przez Allianz oświadczenia o odstąpieniu przez **Ubezpieczającego** od Umowy;
 - 3) z upływem dnia poprzedzającego dzień początku **okresu ubezpieczenia**, w sytuacji określonej w § 12 ust. 6;
 - 4) z upływem dnia, w którym bezskutecznie minął dodatkowy termin wyznaczony przez Allianz **Ubezpieczającemu** do zapłaty składki, w przypadku sytuacji, o której mowa w § 12 ust. 8;

- 5) z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia na skutek wypłaty odszkodowania lub odszkodowań – Umowa ulega jednak rozwiązaniu wyłącznie w odniesieniu do tego rodzaju ubezpieczenia, kategorii ubezpieczonego mienia lub przedmiotu ubezpieczenia, w odniesieniu do którego suma ubezpieczenia uległa wyczerpaniu;
 - 6) w przypadkach, o których mowa w § 10, z chwilą otrzymania przez **Ubezpieczającego** oświadczenia Allianz o wypowiedzeniu Umowy ze skutkiem natychmiastowym;
 - 7) z chwilą otrzymania przez stronę Umowy oświadczenia drugiej strony o wypowiedzeniu Umowy ze skutkiem natychmiastowym, w sytuacji gdy ujawniono okoliczności określone w § 11 ust. 6;
 - 8) z dniem całkowitej utraty bądź zniszczenia przedmiotu ubezpieczenia objętego ochroną w ramach ubezpieczenia mienia – jednak Umowa ulega rozwiązaniu wyłącznie w odniesieniu do tego przedmiotu ubezpieczenia, który został utracony lub całkowicie zniszczony;
 - 9) z dniem zbycia przedmiotu ubezpieczenia, chyba że Allianz wyrazi zgodę na przeniesienie praw z Umowy na nabywcę, a nabywca przejmie obowiązki ciężące do tej pory na zbywcy – jednak Umowa ulega rozwiązaniu wyłącznie w odniesieniu do tego przedmiotu ubezpieczenia, który został zbyty;
 - 10) z dniem zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej przez **Ubezpieczonego**;
 - 11) w innych przypadkach przewidzianych przepisami prawa.
3. Jeżeli Umowa jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, **Ubezpieczający** ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy **Ubezpieczający** jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy.
 4. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Allianz nie poinformował **Ubezpieczającego** będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym **Ubezpieczający** będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
 5. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia **Ubezpieczającego** z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Allianz udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 10

Allianz może wypowiedzieć Umowę wyłącznie z ważnych powodów wymienionych poniżej:

- 1) jeżeli w trakcie trwania Umowy (w tym po zgłoszeniu **szkody**) zostanie ujawnione, że **Ubezpieczający** umyślnie albo przez rażące niedbalstwo podał do wiadomości Allianz informacje niezgodne z rzeczywistością, wbrew obowiązkowi wynikającemu z § 5 ust. 4;
- 2) jeżeli **Ubezpieczający** umyślnie lub przez rażące niedbalstwo uchybił swoim obowiązkom dotyczącym zapobiegania zjawisku wypadku ubezpieczeniowego – pomimo pisemnego wezwania ze strony Allianz do zaprzestania tym uchybień;
- 3) jeżeli została podjęta próba wyłudzenia świadczenia ubezpieczeniowego;
- 4) jeżeli nie usunięto szczególnych zagrożeń lub nie zrealizowano zaaleceń, których usunięcia – z uwagi na okoliczności – Allianz domagał się na piśmie, zgodnie z § 19.

WYSOKOŚĆ SKŁADKI

§ 11

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia Umowy lub na podstawie indywidualnej oceny ryzyka.
2. Wysokość należnej składki ubezpieczeniowej oraz sposób jej płatności określone są w Umowie.
3. Wysokość składki uzależniona jest od następujących czynników oceny ryzyka:
 - 1) rodzaju działalności prowadzonej w miejscach ubezpieczenia;
 - 2) przedmiotu ubezpieczenia;
 - 3) wysokości zadeklarowanych sum ubezpieczenia lub limitów odpowiedzialności;
 - 4) zakresu ubezpieczenia;
 - 5) miejsca ubezpieczenia;
 - 6) sposobu zabezpieczenia mienia;
 - 7) rodzaju i konstrukcję **budynków**, w jakich jest prowadzona działalność;
 - 8) długości **okresu ubezpieczenia**;
 - 9) historii szkodowej poprzednich umów ubezpieczenia;
 - 10) kosztu reasekuracji ryzyka;
 - 11) innych okoliczności mogących mieć wpływ na prawdopodobieństwo powstania lub wysokość **szkody**, o które **Ubezpieczający** był pytany przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

4. Allianz może zastosować zwwyżki składki z tytułu:
 - 1) niesienia określonej w OWU **franszyzy redukcyjnej**;
 - 2) wprowadzenia do Umowy postanowień dodatkowych lub odmiennych od OWU;
 - 3) wystąpienia **szkód** w okresie poprzedzającym zawarcie Umowy;
 - 4) rozłożenia składki na raty.
5. Allianz może zastosować zniżki składki z tytułu:
 - 1) wprowadzenia do Umowy postanowień dodatkowych lub odmiennych od OWU;
 - 2) wprowadzenia fransyz wyższych niż określone w OWU lub innych ograniczeń odpowiedzialności Allianz;
 - 3) stosowania dodatkowych zabezpieczeń mienia.
6. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, 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 ciągu 14 dni od otrzymania wezwania wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym.

PLATNOŚĆ SKŁADKI

§ 12

1. **Ubezpieczający** zobowiązany jest dokonać zapłaty składki ubezpieczeniowej jednocześnie z zawarciem Umowy, o ile nie umówiono się inaczej.
2. Składka opłacana jest jednorazowo lub w ratach. Ilekroć w niniejszych OWU jest mowa o składce, należy rozumieć przez to również pierwszą ratę składki.
3. Jeżeli składka lub rata składki jest płatna przelewem bankowym, przekazem pocztowym lub kartą płatniczą, za datę opłacenia składki uznaje się datę zlecenia przelewu w banku, dokonania przekazu w urzędzie pocztowym na wskazane w Umowie konto Allianz lub datę operacji kartą płatniczą, o ile na rachunku **Ubezpieczającego** były zgromadzone wystarczające środki. W przypadku braku wystarczających środków na rachunku **Ubezpieczającego** za datę opłacenia składki lub raty składki uznaje się dzień uznania konta Allianz pełną kwotą wymagalnej składki lub jej raty.
4. Wpłacenie kwoty niższej niż wynikająca z Umowy nie jest uznawane za opłacenie składki lub raty składki.
5. Składka powinna zostać opłaconą jednocześnie z zawarciem Umowy, chyba że w dokumencie ubezpieczenia wskazano późniejszy termin płatności.
6. W przypadku gdy termin płatności składki przypada przed początkiem **okresu ubezpieczenia**, nieopłacenie składki w terminie powoduje automatyczne rozwiązanie Umowy wraz z upływem dnia poprzedzającego dzień, w który miał stanowić początek **okresu ubezpieczenia**.
7. Jeżeli Allianz ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłaconą w terminie, Allianz może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność.
8. W razie opłacania składki w ratach niezaplacenie kolejnej raty składki w terminie określonym w Umowie może spowodować ustanie odpowiedzialności Allianz, jeżeli po upływie terminu zapłaty Allianz wezwie **Ubezpieczającego** do zapłaty z zastrzeżeniem zagrożenia, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności. W przypadku gdy brak jest takiego wezwania ze strony Allianz, ochrona ubezpieczeniowa nie ustaje, a Allianz przysuguje składka za cały okres udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
9. W przypadku wygaśnięcia Umowy przed upływem **okresu ubezpieczenia**, na jaki została zawarta, **Ubezpieczającemu** przysuguje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 13

1. Suma ubezpieczenia zadeklarowana przez **Ubezpieczającego** lub limit odpowiedzialności, ustalony dla przedmiotu ubezpieczenia lub ryzyka objętego ochroną ubezpieczeniową, stanowią górną granicę odpowiedzialności Allianz.
2. O ile nie umówiono się inaczej, suma ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności ulegają każdorazowo zmniejszeniu o wysokość wypłaconych odszkodowań, świadczeń oraz kosztów dodatkowych pokrywanych przez Allianz (konsumpcja sumy ubezpieczenia) aż do całkowitego ich wyczerpania. Z zastrzeżeniem ust. 4 całkowicie

wyczerpanie sumy ubezpieczenia skutkuje rozwiązaniem Umowy na zasadach opisanych w § 9 ust. 2 pkt 5.

3. Ustalone w Umowie odrębne limity odpowiedzialności ulegają obniżeniu o kwoty odszkodowań wypłaconych z tytułu **szkód** objętych tymi limitami. Jeżeli z powodu wypłaty odszkodowania lub świadczeń dodatkowych wysokość sumy ubezpieczenia stanie się niższa od jakiegokolwiek ustalonego limitu odpowiedzialności, limit ten ulega zmniejszeniu do wysokości zmniejszonej sumy ubezpieczenia.
4. **Ubezpieczający** za zgodą **Allianz** oraz po opłaceniu dodatkowej składki może podwyższyć lub uzupełnić sumę ubezpieczenia. **Allianz** na wniosek **Ubezpieczonego** dokona ponownej oceny ryzyka i zaproponuje warunki podwyższenia lub uzupełnienia sumy ubezpieczenia, w tym wysokość składki do dopłaty.

WIELOKROTNE UBEZPIECZENIE

§ 14

1. Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, **Ubezpieczający** nie może żądać świadczenia przewyższającego wysokość **szkody**. Między ubezpieczycielami każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.
2. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o jakich mowa w ust. 1, uzgodniono, że suma wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej **szkody**, zapłaty świadczenia w części przenoszącej wysokość **szkody** **Ubezpieczający** może żądać tylko od tego ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między ubezpieczycielami należy przyjąć, że w ubezpieczeniu, o którym mowa w niniejszym ustępie, suma ubezpieczenia równa jest wartości ubezpieczonego mienia.

ZBYCIE PRZEDMIOTU UBEZPIECZENIA

§ 15

Jeżeli **Ubezpieczony** zbywa przedmiot ubezpieczenia postanawia się, że:

- 1) prawa z Umowy mogą być przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia; przeniesienie tych praw wymaga zgody **Allianz**;
- 2) w razie przeniesienia praw, o których mowa w pkt 1, na nabywcę przedmiotu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą **Allianz** umówiły się inaczej; pomimo tego przejścia obowiązków, zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę;
- 3) jeżeli prawa z Umowy nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia zgodnie z pkt 1, stosunek ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę, postanowienia pkt 1 – 3 nie mają zastosowania przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w Umowie wypadku.

OBOWIĄZKI STRON

§ 16

1. **Ubezpieczający** zobowiązany jest informować **Allianz** o zmianach okoliczności zgodnie z § 5 ust. 4-5 OWU.
2. W przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek, **Allianz** przekazuje OWU **Ubezpieczonemu** za pośrednictwem **Ubezpieczającego**.

OBOWIĄZKI DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA DOKUMENTACJI

§ 17

1. Obowiązkiem **Ubezpieczonego** jest:
 - 1) prowadzenie ewidencji ubezpieczonego mienia zgodnie z obowiązującymi przepisami, a jeżeli **Ubezpieczony** jest opodatkowany za pomocą karty podatkowej lub ryczałtu ewidencjonowanego, wówczas zobowiązany jest on posiadać dokumenty (faktury, rachunki, umowy) potwierdzające posiadanie i wartość mienia służącego do prowadzenia działalności, pozwalające w razie **szkody** na ustalenie wartości przedmiotu ubezpieczenia;

- 2) przynajmniej raz w tygodniu wykonywanie kopii zapasowych dokumentacji produkcyjno-zakładowej oraz baz danych wykorzystywanych w prowadzonej działalności gospodarczej;
 - 3) zabezpieczenie ewidencji i dokumentów, o których mowa w pkt 1 i 2, przed utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem.
2. W razie naruszenia przez **Ubezpieczonego** obowiązków wskazanych w ust. 1, **Allianz** może zmniejszyć odszkodowanie w takim stopniu, w jakim naruszenie uniemożliwiło ustalenie okoliczności lub rozmiaru **szkody**.

OBOWIĄZKI DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA MIENIA

§ 18

1. W ubezpieczeniu mienia **Ubezpieczony** zobowiązany jest do przestrzegania obowiązków w zakresie eksploatacji, konserwacji i zabezpieczenia mienia, określonych w Załączniku nr II do niniejszych OWU. Obowiązek ten dotyczy zarówno przedmiotu ubezpieczenia, jak i pozostałego mienia, do którego **Ubezpieczony** posiada tytuł prawny.
2. Odmienne od postanowień OWU strony Umowy mogą przyjmując indywidualne wymagania w zakresie zabezpieczenia mienia. Postanowienia takie muszą zostać potwierdzone w dokumencie ubezpieczenia.
3. W przypadku niedopełnienia przez **Ubezpieczonego** obowiązków określonych w ust. 1 lub 2, gdy ich niedopełnienie miało wpływ na powstanie **szkody** lub jej rozmiar, **Allianz** może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części w zakresie, w jakim niedopełnienie to miało wpływ na powstanie **szkody** lub jej rozmiar.
4. W przypadku ubezpieczenia danych – obowiązkiem **Ubezpieczonego** jest archiwizowanie danych (back up) co najmniej raz w miesiącu oraz przechowywanie ich w oddzielnych miejscach technicznie zabezpieczonych przed ogniem lub poza miejscem ubezpieczenia.

DODATKOWE OBOWIĄZKI

§ 19

1. **Ubezpieczony** obowiązany jest umożliwić **Allianz** dokonanie oględzin miejsca ubezpieczenia oraz przedmiotu ubezpieczenia, a także zapoznanie się z dokumentacją mającą wpływ na ocenę ryzyka.
2. **Ubezpieczony** zobowiązany jest do przestrzegania ustalonych z **Allianz** dodatkowych zaleceń polegających na usunięciu zagrożeń lub zastosowaniu dodatkowych zabezpieczeń, których realizacją, z uwagi na ocenę ryzyka, **Allianz** domagał się na piśmie, najpóźniej w chwili zawarcia Umowy.
3. Jeżeli **Ubezpieczony** nie spełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 2 w odpowiednim terminie wskazanym w Umowie, **Allianz** zwolniony jest z odpowiedzialności za **szkody** powstałe po wyznaczonym terminie w zakresie, w jakim niewykonanie obowiązku miało wpływ na powstanie lub rozmiar **szkody**.

OBOWIĄZKI W PRZYPADKU ZAJŚCIA SZKODY

§ 20

1. W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową **Ubezpieczający** i **Ubezpieczony** obowiązani są użyć dostępnych im środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia **szkodzie** lub zmniejszenia jej rozmiarów.
2. Jeżeli **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony** umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 1, **Allianz** wolny jest od odpowiedzialności za **szkody** powstałe z tego powodu.
3. Ponadto do obowiązków **Ubezpieczającego** i **Ubezpieczonego** należy:
 - 1) nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od daty powstania **szkody** lub uzyskania o niej informacji powiadomić **Allianz** o **szkodzie**, podając co najmniej przyczynę i rozmiar **szkody**. Jeżeli Umowa jest zawarta na cudzy rachunek niniejszy obowiązek nie obciąża **Ubezpieczonego**, jeśli nie wie on o zawarciu Umowy na jego rachunek;
 - 2) wezwać odpowiednie jednostki ratownicze, jeżeli rodzaj zdarzenia tego wymaga;
 - 3) niezwłocznie powiadomić policję o każdym zdarzeniu, które mogło powstać wskutek przestępstwa lub wykroczenia lub w wyniku **wypadku środka transportu**;
 - 4) pozostawić bez zmian miejsce **szkody** do czasu przybycia przedstawiciela **Allianz** w celu ustalenia okoliczności **szkody**, nie

dłużej jednak niż 7 dni od dnia zawiadomienia Allianz o powstaniu **szkody**, chyba że konieczne jest zabezpieczenie mienia przed powiększeniem się szkody lub wymaga tego interes publiczny lub inny ważny interes **Ubezpieczonego**;

- 5) umożliwić przedstawicielom Allianz lub osobom działającym na jego zlecenie dokonanie czynności mających na celu ustalenie przyczyny i rozmiarów **szkody** oraz zasadności roszczeń i wysokości **szkody** oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień, a w szczególności udostępnić pełną dokumentację księgową ubezpieczonego mienia;
 - 6) w terminie 14 dni od daty wystąpienia **szkody** dostarczyć przedstawicielom Allianz lub osobom działającym na jego zlecenie dokumenty wskazane przez Allianz lub osoby działające na jego zlecenie w celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia, w tym szczegółowy wykaz utraconych, zniszczonych lub uszkodzonych przedmiotów ubezpieczenia wraz z dokumentacją, na podstawie której sporządzono rachunek strat.
4. **Ubezpieczony** zobowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za **szkodę**.
5. W razie naruszenia przez **Ubezpieczającego**, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, obowiązku zawiadomienia Allianz o wystąpieniu **szkody**, Allianz może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia **szkody** lub uniemożliwiło Allianz ustalenie okoliczności i skutków **szkody**. Skutki braku zawiadomienia Allianz o **szkodzie** nie następują, jeżeli Allianz w terminie wyznaczonym do zawiadomienia, o którym mowa w ust. 3 pkt 1, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
6. W przypadku odzyskania ubezpieczonego mienia utraconego wskutek kradzieży lub rabunku **Ubezpieczony** zobowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym Allianz oraz policję.
7. Jeżeli utracone mienie zostało odzyskane po wypłaceniu odszkodowania, **Ubezpieczony** jest zobowiązany zwrócić Allianz kwotę odszkodowania lub przenieść na Allianz własność odzyskanego mienia.

LIKWIDACJA SZKÓD

§ 21

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego**, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Allianz ma prawo do weryfikacji przedłożonych przez **Ubezpieczonego** dokumentów, kosztorysów, wykazów lub rachunków, co do zasad, zakresu robót i wysokości kosztów na podstawie publikacji cenowych o zasięgu ogólnopolskim oraz do szacowania kosztów robót budowlano-montażowych według średnich cen stosowanych w robotach budowlanych na terenie powiatu, lub odpowiednio miasta na prawach powiatu, w obrębie którego znajduje się miejsce ubezpieczenia. Jeżeli w przypadku dokonanej weryfikacji okaże się, iż wysokość kosztów przedstawiona przez **Ubezpieczonego** jest zawyżona, odpowiedzialność Allianz jest ograniczona do wypłaty odszkodowania wynikającego z kosztorysu opracowanego przez Allianz, sporządzonego zgodnie z zasadami wskazanymi w OWU.
3. W przypadku braku zgody pomiędzy Allianz i **Ubezpieczonym**, co do zakresu lub wysokości **szkody**, można powołać wspólnego, uzgodnionego pomiędzy stronami, eksperta, którego koszt zostanie pokryty po połowie przez obie strony. Opinia wydana przez wspólnego eksperta będzie wiążąca dla Allianz i **Ubezpieczonego**.

§ 22

1. Allianz wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z Umowy w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa w § 21 ust. 1, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Allianz wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową.
3. Gdyby wyjaśnienie w terminie określonym w ust. 2 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości

odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie określonym w ust. 2.

4. Jeżeli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
5. Jeżeli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu, Allianz nie wypłaci odszkodowania, zawiadamia on na piśmie:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) **Ubezpieczonego**, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłata bezsporną część odszkodowania.
6. W przypadku Umowy zawartej na cudzy rachunek, zgłoszenia **szkody** może dokonać również **Ubezpieczony** albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy.
7. O ile nie umówiono się inaczej, suma pieniężna wypłacona przez Allianz z tytułu ubezpieczenia nie może być wyższa od poniesionej **szkody**.

POKRYWANE KOSZTY DODATKOWE

§ 23

1. W przypadku wystąpienia **zdarzenia losowego** objętego ochroną, Allianz zwraca **Ubezpieczającemu** koszty poniesione w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia **szkodzie** lub zmniejszenia jej rozmiarów, w granicach sumy ubezpieczenia, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne. Powyższe koszty są zwracane nawet jeżeli nie wystąpiła **szkoda** w ubezpieczonym mieniu.
2. Jeżeli koszty wymienione w ust. 1 zostały poniesione na piśmie polecenie Allianz, wówczas koszty te zostaną zwrócone w całości, nawet jeżeli odszkodowanie za **szkodę** w mieniu powiększone o te koszty przekracza łączną sumę ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności uzgodniony dla danej Umowy.
3. W ramach sumy ubezpieczenia oraz w zakresie zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Allianz pokrywa również uzasadnione i udokumentowane koszty poniesione przez **Ubezpieczonego** w związku z wystąpieniem **szkody**, przypadające na:
 - 1) poszukiwanie i usunięcie przyczyn powstania awarii w instalacjach wodno-kanalizacyjnych i grzewczych znajdujących się w miejscu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że ochrona nie obejmuje naprawy lub wymiany pieców, bojlerów, podgrzewaczy i innych urządzeń potoczonych z systemem rur instalacji wodno-kanalizacyjnych;
 - 2) uprzątnięcie pozostałości po **szkodzie**, porządkowanie, rozbiorę, konieczne zmiany budowlane, demontaż i montaż nieuszkodzonych przedmiotów ubezpieczenia;
 - 3) koszty transportu na najbliższe możliwe składowisko, do miejsca czasowego przechowywania lub innego nie objętego **szkodą** miejsca prowadzenia działalności gospodarczej **Ubezpieczonego**;
 - 4) koszty czasowego przechowywania przez okres nie dłuższy niż 30 dni, jeżeli w miejscu ubezpieczenia nie ma możliwości należytego zabezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia; koszty składowania są pokrywane do dnia, w którym powstaje możliwość ponownego montażu lub właściwego zabezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia w miejscu ubezpieczenia;
 - 5) koszty osuszania;
 - 6) utylizację, z wyłączeniem utylizacji leków i recyklingu maszyn i urządzeń w aptekach i punktach aptecznych, które mogą zostać objęte ochroną w przypadku rozszerzenia odpowiedzialności Allianz w ramach Klauzuli ubezpieczenia kosztów utylizacji leków, recyklingu maszyn i urządzeń oraz utraty dokumentów „APTEKA”, zgodnie z Załącznikiem nr I do OWU.
4. łączny limit odpowiedzialności dla kosztów określonych w ust. 3 wynosi 5% sumy ubezpieczenia mienia, które uległy **szkodzie**, nie więcej niż 200 000 zł.

PODATEK VAT

§ 24

1. W odniesieniu do **szkody** całkowitej w przedmiocie ubezpieczenia, jeśli **Ubezpieczonemu** przysługiwało prawo do odliczenia podatku

VAT w związku z nabyciem przedmiotu ubezpieczenia, wartość przedmiotu ubezpieczenia stanowiącą podstawę do ustalenia wysokości odszkodowania przyjmuje się w kwocie netto (bez VAT).

- W wypłaconym odszkodowaniu nie uwzględnia się kwoty podatku VAT, do odliczenia którego **Ubezpieczony** jest uprawniony, jeśli **Ubezpieczonemu**:
 - w odniesieniu do **szkody** częściowej – przysługuje prawo do odliczenia podatku VAT w związku z poniesieniem kosztów naprawy przedmiotu ubezpieczenia;
 - w odniesieniu do innych, pokrywanych przez Allianz **szkód** niż **szkody** zaistniałe bezpośrednio w przedmiocie ubezpieczenia – przysługuje prawo do odliczenia podatku VAT w związku z poniesieniem takich kosztów.
- Zasady opisane w ust. 2 powyżej stosuje się odpowiednio, w przypadku gdy przy ustalaniu sumy ubezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia uwzględniono wartość netto (bez VAT) tego przedmiotu – nawet w przypadku gdyby **Ubezpieczony** nie był uprawniony do odliczenia kwoty podatku VAT.

REGRES

§ 25

- Z dniem zapłaty odszkodowania przez Allianz roszczenie **Ubezpieczającego** przeciwko **osobie trzeciej** odpowiedzialnej za **szkodę** przechodzi z mocy prawa na Allianz do wysokości zapłaconego odszkodowania. Jeżeli Allianz pokrył tylko część **szkody**, **Ubezpieczającemu** przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Allianz.
- Nie przechodzą na Allianz roszczenia **Ubezpieczającego** przeciwko osobom, z którymi **Ubezpieczający** pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził **szkodę** umyślnie.
- W razie zrzeczenia się przez **Ubezpiezonego**, bez zgody Allianz, całości lub części praw do roszczeń, o których mowa w ust. 1, Allianz może odmówić wypłaty odszkodowania odpowiednio w całości lub w części, w takiej, w jakiej **Ubezpieczony** zrzekł się tych praw. Jeżeli odszkodowanie zostało już wypłacone, Allianz może żądać jego zwrotu odpowiednio w całości lub w części, w takiej, w jakiej **Ubezpieczony** zrzekł się praw do roszczeń przeciwko **osobie trzeciej** odpowiedzialnej za **szkodę**.

POSTĘPOWANIE REKLAMACYJNE

§ 26

- Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
 - na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
 - elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl lub e-mail: skargi@allianz.pl.
- Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
- Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy 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.
- Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłączenie na wniosek klienta.
- Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie: www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
- Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego (adres strony internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl). Zgodnie z Ustawą 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.

POSTANOWIENIA RÓŻNE

§ 27

- Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia stron, związane z Umową, zawartą na podstawie niniejszych OWU, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesyłane listem poleconym albo, jeżeli obie strony Umowy wyraziły na to uprzednią zgodę, przesyłane drogą elektroniczną.
- Strony Umowy są zobowiązane zawiadamiać o każdorazowej zmianie danych adresowych.
- Powództwo o roszczenia wynikające z Umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego**, **Ubezpiezonego** lub Uprawnionego z Umowy. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpiezonego** lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy.
- Allianz jest administratorem danych osobowych zbieranych w związku z zawarciem i wykonywaniem Umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU. Pełna treść klauzuli opisującej zasady na jakich Allianz przetwarza dane osobowe udostępniana jest przy zawarciu Umowy. Informacje na temat zasad przetwarzania przez Allianz danych osobowych dostępne są również na stronie: www.allianz.pl.

§ 28

- Prawem właściwym dla Umowy, zawartej na podstawie niniejszych OWU, jest prawo polskie.
- W kwestiach nieuregulowanych niniejszymi OWU oraz Umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

§ 29

- Integralną częścią niniejszych OWU są:
- Załącznik nr I – Klauzule dodatkowe;
 - Załącznik nr II – Środki bezpieczeństwa.

DZIAŁ II. MODUŁ UBEZPIECZENIA MIENIA OD POŻARU I INNYCH ZDARZEŃ LOSOWYCH

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 30

- Przedmiotem ubezpieczenia w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych może być wskazane w Umowie:
 - mienie stanowiące własność **Ubezpiezonego** lub mienie będące w jego posiadaniu na podstawie tytułu prawnego, w tym mienie przewożone na zabezpieczenie, które wykorzystywane i ewidencjonowane jest w związku z prowadzoną działalnością:
 - budynki**,
 - lokale**,
 - elementy działki**,
 - maszyny, urządzenia i wyposażenie**,
 - mienie niskocenne**,
 - wartości pieniężne**,
 - nakłady inwestycyjne**,
 - środki obrotowe**,
 - budynki, lokale, elementy działki w trakcie budowy oraz materiały budowlane**, z zastrzeżeniem, że wskazane mienie może zostać objęte ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w wariancie **BUDOWA** w zakresie zdarzeń wskazanych w § 32 ust. 4;

- 2) **mienie osób trzecich;**
- 3) **mienie pracownicze.**
2. **Materiały budowlane** mogą zostać objęte ubezpieczeniem mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych, pod warunkiem iż **budynek/ lokal w budowie**, w którym są przechowywane, osiągnął stadium stanu surowego zamkniętego, przez który należy rozumieć **budynek/lokal** posiadający dach oraz wygrodzona ścianami posiadającymi okna oraz drzwi.

MIJESCE UBEZPIECZENIA

§ 31

1. Ubezpieczone mienie jest objęte ochroną ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w miejscu wskazanym w Umowie, z zastrzeżeniem ust. 2-3.
2. **Mienie pracownicze** objęte jest ochroną ubezpieczeniową w każdym miejscu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w którym praca jest wykonywana na polecenie **Ubezpieczonego**, z wyłączeniem miejsca zamieszkania **pracownika**.
3. W przypadku bezpośredniego narażenia ubezpieczonego mienia na **szkodę**, objętą ochroną na podstawie Umowy, oraz spełnienia obowiązku wynikającego z § 20 ust. 1, ubezpieczone mienie objęte jest ochroną ubezpieczeniową przez okres 30 dni również w miejscu, do którego zostało przeniesione w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia **szkodzie** lub zmniejszenia jej rozmiarów.
4. **Ubezpieczony** zobowiązany jest bezzwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 dni roboczych, poinformować Allianz o przeniesieniu ubezpieczonego mienia, przyczynie przeniesienia oraz nowym miejscu przechowywania ubezpieczonego mienia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 32

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje **szkody** w ubezpieczonym mieniu, będące bezpośrednim następstwem **zdarzenia losowego** objętego zakresem ubezpieczenia, które zaistniało w miejscu i **okresie ubezpieczenia**, z zastrzeżeniem postanowień § 3 oraz § 33.
2. W zależności od wybranego wariantu Umowa ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych obejmuje szkody, będące bezpośrednim następstwem poniższych **zdarzeń losowych**:
 - 1) w wariantcie **PODSTAWOWYM: pożaru, uderzenia pioruna, eksplozji, implozji, upadku lub uderzenia statku powietrznego, uderzenia pojazdu, uderzeniowej fali dźwiękowej, trzęsienia ziemi, obsunięcia ziemi, zapadania ziemi, lawiny, dymu i sadzy;**
 - 2) w wariantcie **ROZSZERZONYM: zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia w wariantcie PODSTAWOWYM oraz wiatru, gradu, deszczu, naporu śniegu i lodu, pęknięcia mrozowego, zalania, upadku drzew i budowli, katastrofy budowlanej;**
 - 3) w wariantcie **PEŁNYM** – jakiegokolwiek **zdarzenia losowego**, które nie zostało wyłączone z odpowiedzialności Allianz, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 5 poniżej.Wybór wariantu ma wpływ na zakres ubezpieczenia oraz wysokość składki.
3. Na wniosek **Ubezpieczającego** i za opłatą dodatkowej składki ochrona ubezpieczeniowa w wariantcie **PODSTAWOWYM, ROZSZERZONYM** lub **PEŁNYM** może zostać rozszerzona o **szkody**, będące bezpośrednim następstwem:
 - 1) **przebiegu;**
 - 2) **wandalizmu.**
4. Mienie wskazane w § 30 ust. 1 pkt 1 lit. i, może zostać objęte Umową wyłącznie w wariantcie **BUDOWA**, obejmującym **szkody** będące bezpośrednim następstwem: **pożaru, uderzenia pioruna, eksplozji, implozji, uderzenia lub upadku statku powietrznego, wiatru, gradu.**
5. Ochrona ubezpieczeniowa w każdym z wariantów wymienionych w niniejszym paragrafie, na wniosek Ubezpieczającego i za opłatą dodatkowej składki, może zostać rozszerzona o **szkody**, będące bezpośrednim następstwem **powodzi**.
6. Bez względu na wariant, w granicach sum ubezpieczenia określonych w Umowie dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia, ubezpieczone mienie objęte jest także ochroną od **szkód** powstałych wskutek akcji gaśniczej lub ratowniczej, odgruzowania lub wyburzania, prowadzonych w związku z wystąpieniem zdarzenia, za które Allianz ponosi odpowiedzialność z tytułu zawartej Umowy.
7. Na podstawie indywidualnej oceny ryzyka, za zgodą stron, Allianz może wprowadzić do Umowy dodatkowe ograniczenia

odpowiedzialności dla przedmiotu ubezpieczenia lub **szkód** powstałych wskutek określonych zdarzeń objętych zakresem Umowy.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ALLIANZ

§ 33

1. Umowa nie obejmuje **szkód** powstałych w:
 - 1) **budynkach, lokalach, elementach działki** opuszczonych, przeznaczonych do rozbiórki lub wyburzenia oraz w znajdującym się w nich mieniu;
 - 2) **budynkach, lokalach, elementach działki w budowie**, chyba że zostały one objęte Umową w wariantcie **BUDOWA**;
 - 3) mieniu znajdującym się w **budynkach, lokalach lub elementach działki w budowie**, chyba że stanowią **materiały budowlane** i zostały objęte Umową w wariantcie **BUDOWA**;
 - 4) **materiałach budowlanych** w postaci wszelkiego rodzaju materiałów sypkich oraz w sprzęcie budowlanym ubezpieczonych w wariantcie **BUDOWA**;
 - 5) **budynkach, lokalach, elementach działki** wzniesionych lub użytkowanych bez wymaganych pozwoleń, wykonanych bez projektu, niezgodnie z projektem lub na podstawie projektu, który nie został zatwierdzony przez właściwe organy, o ile istniał obowiązek wykonania i zatwierdzenia tego projektu, a także w mieniu znajdującym się w takich obiektach, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar **szkody**;
 - 6) **budynkach, lokalach, elementach działki wyłączonej z eksploatacji** oraz w znajdującym się w nich mieniu, jeśli były one nieużytkowane nieprzerwanie przez okres co najmniej 60 dni, chyba że Allianz został o tym pisemnie poinformowany i potwierdził ochronę ubezpieczeniową w dokumencie ubezpieczenia;
 - 7) szklarniach, namiotach, tunelach foliowych, inspektach, powłokach pneumatycznych, balonach reklamowych, barakowozach, garażach metalowych, kioskach, kontenerach bez fundamentów, straganach, obiektach budowlanych niepołączonych trwale z gruntem, tymczasowych obiektach budowlanych oraz mieniu w nich się znajdującym;
 - 8) odpadach lub mieniu przeznaczonym do likwidacji lub złomowania, mieniu o przekroczonym terminie ważności lub wycofanym z obrotu przed powstaniem **szkody**;
 - 9) danych na nośnikach wszelkiego rodzaju, z wyłączeniem oprogramowania komputerowego stanowiącego **środki obrotowe**;
 - 10) mieniu, którego zakup potwierdzony jest dowodem uznany przez uprawnione organy państwa za fałszywy lub w mieniu wytworzonym lub wprowadzonym do obrotu bez wymaganych prawem zezwoleń lub koncesji lub których wytworzenie lub wprowadzenie do obrotu stanowi czyn zabroniony;
 - 11) **środkach obrotowych i mieniu osób trzecich**, spowodowanych zmianą temperatury ich przechowywania;
 - 12) drzewach, krzewach, uprawach, innej roślinności, grzybach oraz ich grzybniach, stómie, sianie, trawach energetycznych, żywych zwierzętach;
 - 13) aktach, dokumentach, rękopisach, planach, prototypach, wzorach, zbiorach kolekcjonerskich lub muzealnych oraz stanowiących **środki obrotowe** lub **mienie osób trzecich** antykach, zabytkach, dziełach sztuki;
 - 14) mieniu będącym w trakcie montażu, instalacji, rozruchu próbnego, testów poprzedzających uruchomienie;
 - 15) pojazdach samochodowych (samochodach osobowych, samochodach ciężarowych, ciągnikach samochodowych, autobusach, motocyklach, czterokołowcach), ciągnikach rolniczych, przyczepach, pojazdach wolnobieżnych z wyłączeniem wózków widłowych, pojazdach szynowych, statkach i urządzeniach powietrznych, jednostkach pływających, kombajnach, maszynach budowlanych, maszynach, urządzeniach lub narzędziach ciągniętych przez pojazdy, które podczas transportu poruszają się na własnych kołach, dronach;
 - 16) siłowniach wiatrowych i wiatrakach, biogazowniach;
 - 17) bankomatami, automatach do gier, automatach vendingowych, urządzeniach wyposażonych w automaty wrzutowe lub do wydawania i rozmienniania pieniędzy oraz w mieniu w nich się znajdującym;
 - 18) liniach przesyłowych i dystrybucyjnych (w tym liniach elektrycznych, telekomunikacyjnych, światłowodowych) oraz wszelkich liniach transmisyjnych, jeżeli znajdują się w odległości większej niż 50 metrów od miejsca ubezpieczenia;
 - 19) gruntach, glebach, zbiornikach wodnych, wodach powierzchniowych, wodach podziemnych, kanałach, rowach (łącznie

- z systemem melioracji lub kanałów przepustowych), **obiektach inżynierskich**, mieniu podziemnym;
- 20) mieniu przechowywanym lub magazynowanym niezgodnie z właściwościami mienia, zaleceniami producenta lub obowiązującymi przepisami prawa, chyba że nie miało to wpływu na powstanie **szkody** oraz jej rozmiar;
 - 21) bezpiecznikach, wkładkach topikowych, stycznikach, odgromnikach, czujnikach, żarówkach, lampach i grzejnych urządzeniach elektrycznych wskutek **przebiegów**;
 - 22) **wartościach pieniężnych** oraz pojazdach stanowiących **mienie pracownicze**.
2. Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje **szkód** powstałych wskutek:
- 1) naruszenia przez **Ubezpieczonego** obowiązków wskazanych w § 18 ust. 1 i 2, na zasadach określonych w § 18 ust. 3;
 - 2) **powodzi** w okresie karencji, o którym mowa w § 8 ust. 3;
 - 3) **eksplozji**:
 - a) wywołanej w celach produkcyjnych, eksploatacyjnych lub celowych w związku z prowadzoną działalnością,
 - b) w silniku, gdy eksplozja jest związana z jego naturalną funkcją,
 - c) w zaworach bezpieczeństwa,
 - d) w związku z prowadzeniem prac z użyciem materiałów wybuchowych;
 - 4) działania ciepła, przypalenia, osmażenia lub wypalenia, jeżeli nie jest związane z **pożarem, uderzeniem pioruna** lub **eksplozją**, lub wskutek poddania w procesie technologicznym przedmiotu ubezpieczenia działaniu ognia lub wysokiej temperatury;
 - 5) zapadania się lub obsuwania ziemi, gdy są to **szkody** powstałe w związku z działalnością człowieka;
 - 6) **uderzenia pojazdu** kierowanego lub używanego przez **Ubezpieczonego** lub jego **pracownika**, chyba że Umowa została zawarta w wariancie **PEŁNYM**, z zastrzeżeniem limitu odpowiedzialności Allianz określonego w § 37 ust. 1 pkt 6;
 - 7) prowadzenia **prac budowlano-montażowych** wykonywanych przez **Ubezpieczonego** lub na jego zlecenie; niniejsze wyłączenie nie ma zastosowania do **szkód** w mieniu ubezpieczonym w ramach wariantu **BUDOWA**;
 - 8) systematycznego niszczenia przedmiotu ubezpieczenia z powodu nieszczelności urządzeń sieci wodociągowej, kanalizacyjnej, grzewczej, tryskaczowej lub technologicznej;
 - 9) przenikania lub przesiąkania wód gruntowych, chyba że jest skutkiem **powodzi** – o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o ryzyko **powodzi** zgodnie z § 32 ust. 5 OWU;
 - 10) przesiąkania opadów atmosferycznych przez dach lub ściany lub zawalenia się dachu, gdy przesiąkanie opadów atmosferycznych przez dach lub ściany lub zawalenie się dachu miało miejsce wskutek błędów konstrukcji, braku konserwacji dachu, niezachowania jego ciągłości, w tym przesiąkania lub przelania przez otwory okienne, wentylacyjne i odprowadzające; wyłączenie to nie jest stosowane w przypadku **szkód** w przedmiocie ubezpieczenia znajdującym się w **budynku/lokalu** najętym, jeżeli **Ubezpieczony** jako najemca nie jest zobowiązany do dbania o techniczny stan **budynku/lokalu** oraz jeśli do dnia powstania **szkody** **Ubezpieczony** nie wiedział o istniejących zaniedbaniach lub wiedział o nich i może udowodnić występowanie do wynajmującego lub właściciela **budynku/lokalu** o ich usunięcie, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar **szkody**;
 - 11) przedostania się brudu, **deszczu, gradu**, śniegu lub lodu przez niewłaściwie zamknięte oraz niedomknięte okna, drzwi zewnętrzne i inne otwory przerywające ciągłość konstrukcji **budynku**, chyba że otwory te powstały w wyniku zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
 - 12) zaniechania obowiązkowych okresowych przeglądów konserwacyjnych lub remontów, braku utrzymania obiektów budowlanych w należyłym stanie technicznym, a także powstałych wskutek braku konserwacji obiektów budowlanych oraz instalacji w tych obiektach lub wynikających z faktu, że konstrukcja tych obiektów nie odpowiada przepisom prawa, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar **szkody**;
 - 13) zamoczenia ubezpieczonych **środków obrotowych** lub **mienia osób trzecich**, w przypadku gdy były składowane one niżej niż 10 cm nad poziomem podłogi, a podłoga **budynku/lokalu**, w którym się znajdowały, była położona poniżej poziomu gruntu, chyba że zalanie nastąpiło z góry, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar **szkody**;
 - 14) **pęknięcia mrozowego** wszelkich instalacji, urządzeń znajdujących się na zewnątrz **budynku** lub wewnątrz **budynku/lokalu** nieogrzewanego w sposób zapewniający utrzymanie dodatniej temperatury w całym **budynku/lokalu**, chyba że **budynek/lokal** jest nieogrzewany na skutek zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
 - 15) powstałe wskutek powolnego osiadania lub przemieszczania gruntu, erozji morskiej lub rzecznej;
 - 16) polegające na stopniowym pogarszaniu się stanu ubezpieczonego mienia, między innymi w związku z normalnym zużyciem, starzeniem, korozją, oksydacją, kawitacją, gniciem, fermentacją, wysychaniem, zastyganiem, ubytkami, utratą wagi, wyparowaniem, zmianą koloru, kształtu lub struktury, pękaniem, kurczeniem lub rozszerzaniem, chyba że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie niewyłączone z zakresu ubezpieczenia, wówczas Allianz odpowiada wyłącznie za skutki takiego zdarzenia;
 - 17) powstałe w wyniku wad projektowych, materiałowych, konstrukcyjnych, złego wykonania lub błędów w produkcji, chyba że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie niewyłączone z zakresu ubezpieczenia, wówczas Allianz odpowiada wyłącznie za skutki takiego zdarzenia;
 - 18) powstałe wskutek zakłóceń lub przerwy w dostawie czynnika chłodzącego, smaru, oleju, paliwa oraz innych materiałów eksploatacyjnych, a także mediów (w szczególności energii elektrycznej lub ciepłej, gazu lub wody), chyba że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie niewyłączone z zakresu ubezpieczenia, wówczas Allianz odpowiada wyłącznie za skutki takiego zdarzenia.
3. W przypadku zawarcia umowy w wariancie **PEŁNYM**, Allianz nie ponosi również odpowiedzialności za **szkody**:
- 1) powstałe w wyniku **powodzi**, o ile zakres ubezpieczenia nie został rozszerzony o ryzyko **powodzi**, zgodnie z § 32 ust. 5;
 - 2) powstałe wskutek **przebiegów** lub **wandalizmu**, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o te ryzyka, zgodnie z § 32 ust. 3;
 - 3) polegające na stłuczeniu lub pęknięciu **szyb i przedmiotów szklanych**, z zastrzeżeniem, iż wyłączenie nie ma zastosowania, gdy do **szkody** doszło w następstwie zdarzenia określonego w § 32 ust. 2 pkt 1 i 2, o ile objęte jest zakresem ubezpieczenia;
 - 4) polegające na **awarii**, zakłóceniu lub uszkodzeniu maszyn, urządzeń lub aparatów powstałych wskutek przyczyn związanych z ich eksploatacją, konstrukcją, konserwacją lub obsługą;
 - 5) powstałe w wyniku obróbki, wytwarzania, testowania, naprawy, czyszczenia, przywracania do pierwotnego stanu lub renowacji, jeżeli **szkoda** powstała bezpośrednio wskutek przeprowadzonych działań;
 - 6) będących następstwem zaboru, rabunku, kradzieży (w tym **kradzieży z włamaniem**), usiłowania lub dokonania oszustwa, wyłudzenia, wymuszenia lub szantażu, wprowadzenia w błąd, poświadczenia nieprawdy, fałszerstwa lub podstęp, sprzeniewierzenia, defraudacji, zaginięcia, braków stwierdzonych w trakcie sprawdzania lub spisywania stanu ilościowego majątku;
 - 7) powstałe wskutek powolnego działania czynników termicznych, fizycznych lub biologicznych (pleśni, porostów, grzybów, roślin, mokrego lub suchego rozkładu, zwierząt, insektów, bakterii);
 - 8) wynikające z natury przedmiotu ubezpieczenia (naturalne ubytki) lub wewnętrznego psucia mienia;
 - 9) które nie naruszają wartości użytkowej mienia (wgniecenie, odprysnięcie, zarysowanie, pęknięcie, poplamienie, przypalenie, zmiana kształtu, przebarwienie), chyba że powstały w wyniku innego zdarzenia niewyłączonego z zakresu ochrony ubezpieczeniowej;
 - 10) polegające na skażeniu lub zanieczyszczeniu, chyba że powstały w następstwie innego ryzyka nie wyłączonego z zakresu ubezpieczenia.
4. W odniesieniu do ryzyka **wandalizmu** Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody**:
- 1) w **mieniu pracowniczym**;
 - 2) w **wartościach pieniężnych**;
 - 3) polegające na stłuczeniu **szyb lub przedmiotów szklanych**;
 - 4) polegające na utracie mienia lub jego elementów składowych.
5. Allianz nie pokrywa:
- 1) strat wody, pary oraz innych cieczy lub gazów;
 - 2) zwiększonych kosztów wynikających z braku materiałów potrzebnych do przywrócenia przedmiotu ubezpieczenia do stanu istniejącego przed **szkodą**;
 - 3) kosztów normalnego utrzymania mienia oraz jego konserwacji.
6. W przypadku niedoubezpieczenia wysokość odszkodowania ulega pomniejszeniu na zasadach określonych w § 40.

SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY

§ 34

Sumę ubezpieczenia ustala **Ubezpieczający** oddzielnie dla każdego rodzaju ubezpieczonego mienia na zasadach i według wartości ubezpieczonego mienia zgodnie z postanowieniami § 35-36.

SPOSÓB USTALENIA SUMY UBEZPIECZENIA

§ 35

- Suma ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych ustalana jest według deklaracji **Ubezpieczającego** na sumy stałe lub na pierwsze ryzyko.
- Ubezpieczeniem na sumy stałe może zostać objęte następujące mienie:
 - budynki, lokale, elementy działki;**
 - budynki/lokal/elementy działki w budowie, materiały budowlane;**
 - maszyny, urządzenia i wyposażenie;**
 - wartości pieniężne;**
 - środki obrotowe;**
 - mienie osób trzecich.**
- Ubezpieczeniem na pierwsze ryzyko obejmowane są:
 - środki obrotowe;**
 - mienie osób trzecich;**
 - nakłady inwestycyjne;**
 - mienie pracowników;**
 - mienie niskocenne;**
 - ryzyko przepięcia;**
 - ryzyko wandalizmu.**

DEKLAROWANA WARTOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA

§ 36

Suma ubezpieczenia od pożaru i innych zdarzeń losowych jest ustalana przez **Ubezpieczającego** na dzień zawarcia Umowy i powinna odpowiadać:

- dla **budynku/lokalu, maszyn, urządzeń i wyposażenia**:
 - wartości odtworzeniowej (nowej)**, gdy zużycie techniczne nie przekracza 50%,
 - wartości rzeczywistej**, gdy zużycie techniczne przekracza 50%,
 - wartości księgowej brutto**, gdy zużycie techniczne środka trwałego nie przekracza 50%,
 - wartości kosztorysowej**, gdy przedmiotem ubezpieczenia jest budynek/lokal/elementy działki w budowie;
- dla **elementów działki – wartości odtworzeniowej (nowej)**;
- dla **materiałów budowlanych – wartości odtworzeniowej (nowej)**;
- dla **wartości pieniężnych**:
 - dla złota, srebra, platyny, metali z grupy platynowców i wyrobów z tych metali, kamieni szlachetnych, perł, biżuterii i wyrobów jubilerskich – wartości odpowiadającej cenie ich nabycia (jeżeli **Ubezpieczony** sam nie wytwarza lub nie produkuje takiego mienia) lub kosztom wytworzenia (jeżeli **Ubezpieczony** sam wytwarza lub produkuje takie mienie),
 - dla papierów wartościowych – notowaniu z dnia ustalenia sumy ubezpieczenia, w przypadku papierów wartościowych będących przedmiotem obrotu giełdowego, cenie publikowanej przez Giełdę Papierów Wartościowych, bez uwzględnienia prowizji,
 - dla pozostałych **wartości pieniężnych** – wartości nominalnej; wartość waluty obcej ustalana jest na podstawie średniego kursu waluty ogłoszonego przez NBP w dniu zawarcia Umowy;
- dla **środków obrotowych** – wartości odpowiadającej cenie ich nabycia (jeżeli **Ubezpieczony** sam nie wytwarza lub nie produkuje takiego mienia) lub kosztom wytworzenia (jeżeli **Ubezpieczony** sam wytwarza lub produkuje takie mienie);
- dla **mienia osób trzecich – wartości rzeczywistej**;
- dla **nakładów inwestycyjnych** – wartości odpowiadającej poniesionym lub przewidywanym w okresie ubezpieczenia wydatkom na adaptację **budynku/lokalu**;
- dla **mienia pracowniczego – wartości rzeczywistej**;
- dla **mienia niskocennego – wartości rzeczywistej**.

LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 37

- Jeżeli postanowienia Umowy nie stanowią inaczej, odpowiedzialność Allianz ograniczona jest limitem wynoszącym:
 - dla **szkód** powstałych w niestanowiących **środków obrotowych** lub **mienia osób trzecich** – antykach, zabytkach, dziełach sztuki – 10 000 zł, pod warunkiem przedstawienia przez **Ubezpiezonego** faktury zakupu lub innego dokumentu potwierdzającego ich zakup;
 - dla **szkód** powstałych wskutek **pęknięcia mrozowego**:
 - w wariancie **ROZSZERZONYM** – 10% sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 50 000 zł,

b) w wariancie **PEŁNYM** – 10% sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 70 000 zł;

- dla **szkód** powstałych wskutek **wiatru** lub **gradu** w **materiałach budowlanych** znajdujących się na wolnym powietrzu ubezpieczonych w wariancie **BUDOWA** – 5% sumy ubezpieczenia **materiałów budowlanych**, nie więcej niż 10 000 zł;
 - dla **szkód** powstałych wskutek **wiatru, deszczu** lub **gradu** w **mieniu ruchomym** znajdującym się na wolnym powietrzu – 5% sumy ubezpieczenia **mienia ruchomego**, nie więcej niż 100 000 zł;
 - dla **szkód** powstałych wskutek **katastrofy budowlanej** – 1 000 000 zł, nie więcej niż suma ubezpieczenia;
 - dla **szkód** powstałych wskutek **uderzenia pojazdu** kierowanego lub używanego przez **Ubezpiezonego** lub jego **pracownika** w wariancie **PEŁNYM** – 50 000 zł, jednak nie więcej niż suma ubezpieczenia danego przedmiotu ubezpieczenia;
 - dla **szkód** powstałych wskutek **wandalizmu** polegającego na pomalowaniu, porysowaniu, umieszczeniu napisów (graffiti) – 5 000 zł, jednak nie więcej niż limit zadeklarowany dla ryzyka wandalizmu.
2. Limity odpowiedzialności wskazane w ust. 1 odnoszą się do wskazanej w Umowie sumy ubezpieczenia dla danego przedmiotu ubezpieczenia ustalonej w niniejszym module ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w jednym miejscu ubezpieczenia na jedno i wszystkie zdarzenia.
3. W ramach sumy ubezpieczenia zadeklarowanej dla **mienia pracowniczego** Allianz ponosi odpowiedzialność za **szkody** powstałe na skutek zdarzeń objętych ochroną do kwoty 1 000 zł przypadającej na **szkodę** w mieniu jednego poszkodowanego **pracownika**.

USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY

§ 38

- W zależności od sposobu ustalenia i zadeklarowania wartości przedmiotu ubezpieczenia, wysokość **szkody** określa się na podstawie cen z dnia wystąpienia **szkody** w następujący sposób:
 - budynki, lokale i elementy działki** – według wysokości kosztów remontu lub odbudowy w tym samym miejscu **budynku, lokalu i elementów działki** tego samego rodzaju, konstrukcji, powierzchni i standardu, przy zastosowaniu takich samych lub zbliżonej jakości materiałów:
 - w przypadku ubezpieczenia według **wartości odtworzeniowej (nowej)**, dla przedmiotu ubezpieczenia, którego stopień **zużycia technicznego** nie przekracza 50% – bez potrącenia stopnia **zużycia technicznego**,
 - w przypadku ubezpieczenia według **wartości odtworzeniowej (nowej)**, dla przedmiotu ubezpieczenia, którego stopień **zużycia technicznego** przekracza 50% – z potrąceniem stopnia **zużycia technicznego**,
 - w przypadku ubezpieczenia według **wartości księgowej brutto**, dla przedmiotu ubezpieczenia, którego stopień **zużycia technicznego** nie przekracza 50% – bez potrącenia stopnia **zużycia technicznego**, przy czym całkowita wartość odszkodowania nie może przekroczyć **wartości księgowej brutto** przedmiotu ubezpieczenia wynikającej z ksiąg rachunkowych na dzień wystąpienia **szkody**,
 - w przypadku ubezpieczenia według **wartości księgowej brutto**, dla przedmiotu ubezpieczenia, którego stopień **zużycia technicznego** przekracza 50% – z potrąceniem stopnia **zużycia technicznego**, przy czym całkowita wartość odszkodowania nie może przekroczyć **wartości księgowej brutto** przedmiotu ubezpieczenia, wynikającej z ksiąg rachunkowych na dzień wystąpienia **szkody**,
 - w przypadku ubezpieczenia według **wartości rzeczywistej** – z potrąceniem stopnia **zużycia technicznego**,
 - w przypadku ubezpieczenia **budynku/lokalu/elementu działki w budowie** według **wartości kosztorysowej** – bez potrącenia stopnia **zużycia technicznego**;
 - maszyny, urządzenia, wyposażenie** – według kosztów naprawy, nabycia lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości, z uwzględnieniem zasad opisanych w pkt 1 lit. a-e;
 - materiały budowlane** – według kosztów naprawy, nabycia lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości;
 - wartości pieniężne**:
 - złoto, srebro, platyna, metale z grupy platynowców – według wartości rynkowej bez marży i prowizji, z zastrzeżeniem lit. b, poniżej,

- b) wyroby z metali wymienionych w lit. a, kamienie szlachetne, perły, biżuteria i wyroby jubilerskie – według wartości odpowiadającej cenie ich zakupu (jeżeli **Ubezpieczony** sam nie wytwarza lub nie produkuje takiego mienia) lub kosztem wytworzenia (jeżeli **Ubezpieczony** sam wytwarza lub produkuje takie mienie) lub kosztem naprawy,
- c) papiery wartościowe – według ceny sprzedaży, w przypadku papierów wartościowych będących przedmiotem obrotu giełdowego – według ich ceny giełdowej, pomniejszonej o prowizję maklerską,
- d) pozostałe wartości pieniężne – według wartości nominalnej, przy czym zagraniczne znaki pieniężne przelicza się na złoty według średniego kursu NBP z dnia wystąpienia **szkody**;
- 5) **środkii obrotowe** – według ceny ich zakupu (jeżeli **Ubezpieczony** sam nie wytwarza lub nie produkuje takiego mienia) lub kosztów wytworzenia (jeżeli **Ubezpieczony** sam wytwarza lub produkuje takie mienie), kosztów naprawy lub czyszczenia;
- 6) **mienie osób trzecich** – według kosztów naprawy z potrąceniem **zużycia technicznego**, a w przypadku utraty lub zniszczenia według **wartości rzeczywistej**, nie wyższej niż określona w dowodzie przyjęcia (bez marży i prowizji **Ubezpieczonego**); jeżeli przedmiotem ubezpieczenia jest fabrycznie nowe mienie przyjęte w celu dalszej sprzedaży, wówczas zastosowanie mają postanowienia pkt 5;
- 7) **nakłady inwestycyjne** – według kosztów naprawy, odbudowy lub remontu, również w sytuacji, gdy koszty na naprawę nakładów inwestycyjnych należących do właściciela **budynku/lokalu** poniesione były przez użytkownika **budynku/lokalu**, który jest zobowiązany do ich naprawienia;
- 8) **mienie pracownicze** – według kosztów naprawy z potrąceniem **zużycia technicznego**, a w przypadku utraty lub zniszczenia według **wartości rzeczywistej**;
- 9) **mienie niskocenne** – według kosztów naprawy z potrąceniem **zużycia technicznego**, a w przypadku utraty lub zniszczenia według **wartości rzeczywistej**.
- 2. Jeżeli w przypadku **szkody** całkowitej w mieniu ubezpieczonym według **wartości księgowej brutto** okaże się, że wartość ta jest wyższa od **wartości odtworzeniowej (nowej)** tego mienia, to wówczas górną granicę odpowiedzialności Allianz stanowi **wartość odtworzeniowa (nowa)**.

§ 39

1. Jeżeli w wyniku zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia wystąpi **szkoda** częściowa, Allianz pokryje udokumentowane koszty poniesione na naprawę uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia, jednakże tylko do jego wartości z dnia wystąpienia **szkody** – maksymalnie do wysokości sum ubezpieczenia i limitów odpowiedzialności ustalonych w Umowie.
2. Jeżeli w wyniku zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia wystąpi **szkoda** całkowita, Allianz wypłaca odszkodowanie stosownie do wartości przedmiotu ubezpieczenia z dnia wystąpienia **szkody**, maksymalnie do wysokości sum ubezpieczenia i limitów odpowiedzialności ustalonych w Umowie.
3. Przy ustalaniu wysokości **szkody** nie uwzględnia się:
 - 1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej, historycznej, artystycznej, sentymentalnej lub pamiątkowej;
 - 2) wartości marży **Ubezpieczonego**;
 - 3) kosztów wynikających z braku części zamiennych lub materiałów potrzebnych do przywrócenia stanu istniejącego przed **szkodą**;
 - 4) podatku od towarów i usług (VAT) na zasadach opisanych w § 24.

ZASADA ODPOWIEDZIALNOŚCI PROPORCJONALNEJ

§ 40

1. Jeżeli suma ubezpieczenia ustalona w Umowie przez **Ubezpieczającego** jest w momencie wystąpienia **szkody** niższa od wartości stanowiącej zgodnie z OWU podstawę ustalenia tej sumy, to występuje niedoubezpieczenie.
2. W przypadku zajścia **szkody** w mieniu, którego dotyczy niedoubezpieczenie, Allianz odpowiada za tę **szkodę** oraz koszty, o których mowa w § 23, w takiej proporcji, w jakiej w dniu **szkody** suma ubezpieczenia pozostawała do wartości stanowiącej podstawę określenia sumy ubezpieczenia (zasada odpowiedzialności proporcjonalnej).
3. Zasada odpowiedzialności proporcjonalnej nie jest stosowana:

- 1) jeżeli wysokość **szkody** jest równa lub przekracza ustaloną przez **Ubezpieczającego** sumę ubezpieczenia mienia;
- 2) w ubezpieczeniu na pierwsze ryzyko;
- 3) jeżeli w momencie wystąpienia **szkody** wartość mienia, którego dotyczy **szkoda** nie przekracza 130% zadeklarowanej przez **Ubezpieczającego** sumy ubezpieczenia tego mienia;
- 4) jeżeli wysokość **szkody** nie przekracza 5% łącznej sumy ubezpieczenia mienia dotkniętego **szkodą**, jednak nie więcej niż 10 000 zł;
- 5) w stosunku do **Ubezpieczającego/Ubezpieczonego** będącego konsumentem w rozumieniu art. 221 Kodeksu cywilnego oraz w stosunku do **Ubezpieczającego/Ubezpieczonego** będącego osobą fizyczną, w sytuacji gdy Umowę zawarto w związku z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą lub zawodową.
4. Zasada odpowiedzialności proporcjonalnej, o której mowa powyżej, ma zastosowanie również w przypadku **szkód** powstałych wskutek zdarzeń, dla których ustalono limity i sumy ubezpieczenia.
5. Przez użytą w niniejszym paragrafie sumę ubezpieczenia mienia należy rozumieć sumę ubezpieczenia ustaloną dla miejsca ubezpieczenia i kategorii mienia, którego dotyczy **szkoda**.

USTALENIE I WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 41

1. Z zastrzeżeniem § 40 odszkodowanie wypłacane przez Allianz stanowi kwotę kosztów odpowiadających wysokości **szkody**, obliczonej zgodnie z § 38 i § 39.
2. Wysokość odszkodowania:
 - 1) pomniejszona jest o wartość pozostałości uszkodzonego lub zniszczonego przedmiotu ubezpieczenia nadające się do dalszego wykorzystania, przeróbki lub odsprzedaży;
 - 2) powiększona jest o poniesione i udokumentowane przez **Ubezpieczonego** koszty, o których mowa w § 23;
 - 3) pomniejszana jest o wysokość **franszyzy redukcyjnej**.
3. O ile nie umówiono się inaczej, wartość **franszyzy redukcyjnej** w module ubezpieczenia od pożaru i innych zdarzeń losowych wynosi:
 - 1) w wariancie **PODSTAWOWYM, ROZSZERZONYM, BUDOWA** oraz **szkód** powstałych wskutek **powodzi, wandalizmu, przebiecia**, o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o te ryzyka – 200 zł;
 - 2) w wariancie **PEŁNYM**:
 - a) dla **szkód** powstałych wskutek zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia określonych w wariancie **ROZSZERZONYM** oraz wskutek **powodzi, wandalizmu, przebiecia**, o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o te ryzyka – 200 zł,
 - b) dla **szkód** powstałych wskutek zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia innych niż określone w lit. a – 500 zł.
4. Bez względu na wybrany wariant **franszyzy redukcyjnej** nie stosuje się dla ryzyka **pożaru, uderzenia pioruna, eksplozji, implozji** oraz **uderzenia lub upadku statku powietrznego**.
5. Wysokość odszkodowania nie może przekroczyć sum ubezpieczenia lub limitów odpowiedzialności przyjętych dla poszczególnych kategorii mienia bądź przedmiotów ubezpieczenia.

DZIAŁ III.

MODUŁ UBEZPIECZENIA MIENIA OD KRADZIEŻY Z WŁAMANIEM I RABUNKU

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 42

1. Pod warunkiem spełnienia minimalnych wymogów dotyczących zabezpieczenia mienia, zgodnie z Załącznikiem nr II do OWU, przedmiotem ubezpieczenia może być wskazane w Umowie:
 - 1) mienie stanowiące własność **Ubezpieczonego** lub mienie będące w jego posiadaniu na podstawie tytułu prawnego, w tym mienie przewożone na zabezpieczenie, które wykorzystywane i ewidencjonowane jest w związku z prowadzoną działalnością:
 - a) **state elementy wykończeniowe**,
 - b) **maszyny, urządzenia i wyposażenie**,

- c) **mienie niskocenne,**
 - d) **wartości pieniężne,**
 - e) **nakłady inwestycyjne,**
 - f) **środki obrotowe,**
 - g) **materiały budowlane;**
 - 2) **mienie osób trzecich;**
 - 3) **mienie pracownicze.**
2. W przypadku ubezpieczenia **wartości pieniężnych** ochroną ubezpieczeniową objęte są również środki pieniężne znajdujące się na rachunku bankowym **Ubezpieczonego**, prowadzonym w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, w zakresie **szkód** będących bezpośrednim następstwem zdarzeń wskazanych w § 44 ust. 6, z wyłączeniem § 45 ust. 3.
3. **Materiały budowlane** oraz **stałe elementy wykończeniowe** mogą zostać objęte ubezpieczeniem mienia od kradzieży z włamaniem lub rabunku, pod warunkiem iż **budynek/lokal w budowie**, w którym są przechowywane, osiągnął stadium stanu surowego zamkniętego, przez który należy rozumieć **budynek/lokal** posiadający dach oraz wygradzenia ścianami posiadającymi okna oraz drzwi.

MIJESCE UBEZPIECZENIA

§ 43

1. Ubezpieczone mienie jest objęte ochroną ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w miejscu wymienionym w Umowie, z zastrzeżeniem ust. 2-4.
2. **Mienie pracownicze** objęte ochroną ubezpieczeniową w każdym miejscu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w którym praca jest wykonywana na polecenie **Ubezpieczonego**, z wyłączeniem miejsca zamieszkania **pracownika**.
3. W ramach ubezpieczenia **wartości pieniężnych** w czasie transportu ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest w każdym miejscu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w trakcie ich transportu przez **Ubezpieczonego** lub w jego imieniu.
4. W przypadku bezpośredniego narażenia ubezpieczonego mienia na **szkodę**, objętą ochroną na podstawie Umowy oraz spełnienia obowiązku wynikającego z § 20 ust. 1, ubezpieczone mienie objęte jest ochroną ubezpieczeniową przez okres 30 dni również w miejscu, do którego zostało przeniesione w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia **szkodzie** lub zmniejszenia jej rozmiarów.
5. **Ubezpieczony** zobowiązany jest bezzwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 dni roboczych, poinformować Allianz o przeniesieniu ubezpieczonego mienia, przyczynie przeniesienia oraz nowym miejscu przechowywania ubezpieczonego mienia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 44

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje **szkody** w ubezpieczonym mieniu, będące bezpośrednim następstwem **zdarzenia losowego** objętego zakresem ubezpieczenia, które zaistniało w miejscu i **okresie ubezpieczenia**, z zastrzeżeniem postanowień § 3 oraz § 45.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje **szkody**, będące bezpośrednim następstwem **kradzieży z włamaniem** lub **rabunku**.
3. W przypadku ryzyka **kradzieży z włamaniem** Allianz pokrywa również **szkody** polegające na uszkodzeniu lub zniszczeniu ubezpieczonego mienia w związku z włamaniem lub próbą włamania, w tym koszty naprawy i wymiany zabezpieczeń.
4. Ochroną ubezpieczeniową objęte są również **szkody** w ubezpieczonym mieniu powstałe wskutek **kradzieży z włamaniem** dokonanej bez wiedzy sprawcy do **budynku/lokalu**, z zastrzeżeniem limitu odpowiedzialności Allianz, zgodnie z postanowieniami § 49 ust. 1 pkt 2.
5. Zakres ochrony ubezpieczeniowej **wartości pieniężnych** może zostać rozszerzony o **szkody** powstałe w czasie transportu będące bezpośrednim następstwem:
 - 1) **rabunku;**
 - 2) śmierci, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia osoby sprawującej pieczę nad ubezpieczonymi **wartościami pieniężnymi**, uniemożliwiające ochronę tych **wartości pieniężnych;**
 - 3) uszkodzenia lub zniszczenia środka transportu spowodowanego **pożarem, eksplozją, uderzeniem pioruna, wypadkiem środka transportu.**
6. Środki pieniężne, o których mowa w § 42 ust. 2, objęte są ochroną ubezpieczeniową w zakresie **szkód** polegających na ich utracie wskutek dokonania transakcji przez osobę nieuprawnioną przy użyciu aktywnej karty bankowej utraconej wskutek kradzieży, przywłaszczenia, rabunku, wymuszenia lub sfalszowania (w tym

również w wyniku skimmingu) w okresie od jej utraty do momentu jej zastrzeżenia.

7. W granicach sum ubezpieczenia, określonych w Umowie dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia, ubezpieczone mienie objęte jest także ochroną od **szkód** powstałych wskutek akcji gaśniczej lub ratowniczej, odgruzowania lub wyburzania, prowadzonych w związku z wystąpieniem zdarzenia, za które Allianz ponosi odpowiedzialność z tytułu zawartej Umowy.
8. Na podstawie indywidualnej oceny ryzyka, za zgodą stron, Allianz może wprowadzić do Umowy ograniczenia odpowiedzialności dla przedmiotu ubezpieczenia lub **szkód** powstałych wskutek określonych zdarzeń objętych zakresem Umowy.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ALLIANZ

§ 45

1. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody** powstałe wskutek kradzieży niespełniającej definicji **kradzieży z włamaniem**, w tym **kradzieży zwykłej**, a także zaboru, usiłowania lub dokonania oszustwa, wyłudzenia, wymuszenia lub szantażu, wprowadzenia w błąd, poświadczenia nieprawdy, fałszerstwa lub podstępu, sprzeniewierzenia, defraudacji, zaginięcia, braków stwierdzonych w trakcie sprawdzania lub spisania stanu ilościowego majątku, z zastrzeżeniem postanowień § 44 ust. 6.
2. Umowa nie obejmuje szkód powstałych w:
 - 1) mieniu znajdującym się w **budynkach, lokalach lub elementach działki w budowie**, chyba że stanowią **materiały budowlane** objęte ochroną ubezpieczeniową na zasadach zgodnych z postanowieniami § 32 ust. 4;
 - 2) mieniu znajdującym się w **budynkach, lokalach, elementach działki wyłączonej z eksploatacji**, jeśli były one nieużytkowane nieprzerwanie przez okres co najmniej 60 dni, chyba że Allianz został o tym pisemnie poinformowany i potwierdził ochronę ubezpieczeniową w dokumencie ubezpieczenia;
 - 3) mieniu znajdującym się w szklarniach, namiotach, tunelach foliowych, inspektach, powłokach pneumatycznych, balonach reklamowych, barakowozach, garażach metalowych, kioskach, kontenerach bez fundamentów, straganach, obiektach budowlanych nie połączonych trwale z gruntem, tymczasowych obiektach budowlanych;
 - 4) odpadach lub mieniu przeznaczonym do likwidacji lub złomowania, mieniu o przekroczonym terminie ważności lub wycofanym z obrotu przed powstaniem **szkody;**
 - 5) danych na nośnikach wszelkiego rodzaju, z wyłączeniem oprogramowania komputerowego stanowiącego środki obrotowe;
 - 6) mieniu, którego zakup potwierdzony jest dowodem uznanym przez uprawnione organy państwa za fałszywy lub w mieniu wytworzonym lub wprowadzonym do obrotu bez wymaganych prawem zezwoleń lub koncesji lub których wytworzenie lub wprowadzenie do obrotu stanowi czyn zabroniony;
 - 7) drzewach, krzewach, uprawach, innej roślinności, grzybach oraz ich grzybniami, stromie, sianie, trawach energetycznych, żywych zwierzętach;
 - 8) aktach, dokumentach, rękopisach, planach, prototypach, wzorach, zbiorach kolekcjonerskich lub muzealnych oraz stanowiących **środki obrotowe** lub **mienie osób trzecich** antykach, zabytkach, dziełach sztuki;
 - 9) pojazdach samochodowych (samochodach osobowych, samochodach ciężarowych, ciągnikach samochodowych, autobusach, motocyklach, czterokołowcach), ciągnikach rolniczych, przyczepach, naczepach, pojazdach wolnobieżnych z wyłączeniem wózków widłowych, pojazdach szynowych, statkach i urządzeniach powietrznych, jednostkach pływających, kombajnach, maszynach budowlanych, maszynach, urządzeniach lub narzędziach ciągniętych przez pojazdy, które podczas transportu poruszają się na własnych kołach, dronach;
 - 10) siłowniach wiatrowych i wiatrakach, biogazowniach;
 - 11) bankomatów, automatach do gier, automatach vendingowych, urządzeniach wyposażonych w automaty wrzutowe lub do wydawania i rozmienniania pieniędzy oraz w mieniu w nich się znajdującym;
 - 12) liniach przesyłowych i dystrybucyjnych (w tym liniach elektrycznych, telekomunikacyjnych, światłowodowych) oraz wszelkich liniach transmisyjnych, jeżeli znajdują się w odległości większej niż 50 metrów od miejsca ubezpieczenia;
 - 13) gruntach, glebach, zbiornikach wodnych, wodach powierzchniowych, wodach podziemnych, kanałach, rowach (łącznie z systemem melioracji lub kanałom przepustowych), obiektach inżynierskich, mieniu podziemnym;

- 14) **wartościach pieniężnych** powstałych w trakcie transportu w obrębie lokalu stanowiącego miejsce ubezpieczenia wskazane w dokumencie ubezpieczenia;
 - 15) **wartościach pieniężnych**, również gdy stanowią **środki obrotowe**, powstałe wskutek **kradzieży z włamaniem** określonej w § 44 ust. 4;
 - 16) mieniu, które znajduje się w gablotach reklamowych znajdujących się poza **budynkiem/lokałem**, w którym znajduje się ubezpieczone mienie;
 - 17) **wartościach pieniężnych** oraz pojazdach stanowiących **mienie pracownicze**;
 - 18) mieniu zabezpieczonym niezgodnie z postanowieniami dotyczącymi minimalnych wymogów zabezpieczenia, określonymi w Załączniku nr II do OWU, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody.
3. W odniesieniu do środków pieniężnych, o których mowa w § 42 ust. 2, Allianz nie ponosi odpowiedzialności:
- 1) za **szkody** powstałe wskutek transakcji dokonanych przy użyciu karty, zanim **Ubezpieczony** lub osoba upoważniona weszła w posiadanie karty i numeru PIN oraz przed dokonaniem aktywacji karty;
 - 2) za ich utratę w następstwie zdarzeń, za które, zgodnie z Ustawą o usługach płatniczych, odpowiada dostawca usługi płatniczej.
4. Allianz nie pokrywa:
- 1) strat wody, pary oraz innych cieczy lub gazów;
 - 2) zwiększonych kosztów wynikających z braku materiałów potrzebnych do przywrócenia przedmiotu ubezpieczenia do stanu istniejącego przed **szkodą**;
 - 3) kosztów normalnego utrzymania mienia oraz jego konserwacji.
5. W przypadku niedoubezpieczenia wysokość odszkodowania ulega pomniejszeniu na zasadach określonych w § 52.

SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY

§ 46

1. Sumę ubezpieczenia ustala **Ubezpieczający** oddzielnie dla każdego rodzaju ubezpieczonego mienia na zasadach i według wartości ubezpieczonego mienia zgodnie z postanowieniami § 47-48.
2. W odniesieniu do **wartości pieniężnych Ubezpieczający** ustala oddzielnie sumę ubezpieczenia dla szkód:
 - 1) będących następstwem **kradzieży z włamaniem**;
 - 2) będących następstwem **rabunku** w miejscu ubezpieczenia;
 - 3) w czasie transportu.

SPOSÓB USTALENIA SUMY UBEZPIECZENIA

§ 47

1. Suma ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku ustalana jest według deklaracji **Ubezpieczającego** na sumy stałe lub na pierwsze ryzyko.
2. Ubezpieczeniem na sumy stałe może zostać objęte następujące mienie:
 - 1) **stałe elementy wykończeniowe**;
 - 2) **maszyny, urządzenia i wyposażenie**;
 - 3) **wartości pieniężne**;
 - 4) **środki obrotowe**;
 - 5) **materiały budowlane**;
 - 6) **mienie osób trzecich**.
3. Ubezpieczeniem na pierwsze ryzyko obejmowane jest:
 - 1) mienie wymienione w ust. 2, o ile **Ubezpieczający** nie zadeklarował ubezpieczenia tego mienia na sumy stałe;
 - 2) **nakłady inwestycyjne**;
 - 3) **mienie niskocenne**;
 - 4) **mienie pracownicze**.

DEKLAROWANA WARTOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA

§ 48

Suma ubezpieczenia od kradzieży z włamaniem lub rabunku jest ustalana przez **Ubezpieczającego** na dzień zawarcia Umowy i powinna odpowiadać:

- 1) dla **statych elementów wykończeniowych, maszyn, urządzeń i wyposażenia**:
 - a) **wartości odtworzeniowej (nowej)**, gdy zużycie techniczne nie przekracza 50%;
 - b) **wartości rzeczywistej**, gdy zużycie techniczne przekracza 50%;
 - c) **wartości księgowej brutto**, gdy zużycie techniczne środka trwałego nie przekracza 50%;

- d) wartości kosztorysowej, gdy przedmiotem ubezpieczenia są **stałe elementy wykończeniowe** w wariantcie Budowa;
- 2) dla **materiałów budowlanych – wartości odtworzeniowej (nowej)**;
- 3) dla **wartości pieniężnych**:
 - a) dla złota, srebra, platyny, metali z grupy platynowców i wyrobów z tych metali, kamieni szlachetnych, perł, biżuterii i wyrobów jubilerskich – wartości odpowiadającej cenie ich nabycia (jeżeli **Ubezpieczony** sam nie wytwarza lub nie produkuje takiego mienia) lub kosztem wytworzenia (jeżeli **Ubezpieczony** sam wytwarza lub produkuje takie mienie);
 - b) dla papierów wartościowych – notowaniu z dnia ustalenia sumy ubezpieczenia, w przypadku papierów wartościowych będących przedmiotem obrotu giełdowego, cenie publikowanej przez Giełdę Papierów Wartościowych, bez uwzględnienia prowizji;
 - c) dla pozostałych **wartości pieniężnych** – wartości nominalnej; wartość waluty obcej ustalana jest na podstawie średniego kursu waluty ogłoszonego przez NBP w dniu zawarcia Umowy;
- 4) dla **środków obrotowych** – wartości odpowiadającej cenie ich nabycia (jeżeli **Ubezpieczony** sam nie wytwarza lub nie produkuje takiego mienia) lub kosztem wytworzenia (jeżeli **Ubezpieczony** sam wytwarza lub produkuje takie mienie);
- 5) dla **mienia osób trzecich – wartości rzeczywistej**;
- 6) dla **nakładów inwestycyjnych** – wartości odpowiadającej poniesionym lub przewidywanym w okresie ubezpieczenia wydatkom na adaptację **budynku/lokalu**;
- 7) dla **mienia pracowniczego – wartości rzeczywistej**;
- 8) dla **mienia niskocennego – wartości rzeczywistej**.

LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 49

1. Jeżeli postanowienia Umowy nie stanowią inaczej, odpowiedzialność Allianz ograniczona jest limitem wynoszącym:
 - 1) dla **szkód** powstałych w niestanowiących **środków obrotowych** lub **mienia osób trzecich** – antykach, zabytkach, dziełach sztuki – 10 000 zł, pod warunkiem przedstawienia przez **Ubezpieczonego** faktury zakupu lub innego dokumentu potwierdzającego ich zakup;
 - 2) dla **szkód** powstałych wskutek **kradzieży z włamaniem** określonej w § 44 ust. 4 – 10 000 zł, jednak nie więcej niż suma ubezpieczenia;
 - 3) dla **szkód w wartościach pieniężnych** – 150 000 zł, z zastrzeżeniem iż limit dla **wartości pieniężnych** przechowywanych w:
 - a) kasach fiskalnych wynosi – 3 000 zł na jedną, ale nie więcej niż 5 000 ma wszystkie kasy fiskalne,
 - b) kasach metalowych – 5 000 zł na jedną, ale nie więcej niż 10 000 zł na wszystkie kasy metalowe,
 - c) szafach sejfowych lub szafie stalowej bez udokumentowanej klasy odporności na włamanie – 20 000 zł,
 - d) urządzeniach do przechowywania **wartości pieniężnych** o I lub II klasie odporności na włamanie – 100 000 zł,
 - e) urządzeniach do przechowywania **wartości pieniężnych** powyżej II klasy odporności na włamanie – 150 000 zł;
 - 4) dla **szkód** w środkach pieniężnych w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 44 ust. 6 – równowartość w polskich złotych 150 euro na jedno i wszystkie zdarzenia.
2. Limity odpowiedzialności wskazane w ust. 1 pkt 1-3 odnoszą się do sumy ubezpieczenia dla danego przedmiotu ubezpieczenia ustalanej w niniejszym module ubezpieczenia mienia kradzieży z włamaniem i rabunku w jednym miejscu ubezpieczenia na jedno i wszystkie zdarzenia.
3. W ramach sumy ubezpieczenia zadeklarowanej dla **mienia pracowniczego**, Allianz ponosi odpowiedzialność za **szkody** powstałe na skutek zdarzeń objętych ochroną do kwoty 1 000 zł przypadającej na **szkodę** w mieniu jednego poszkodowanego **pracownika**.

USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY

§ 50

1. W zależności od sposobu ustalenia i zadeklarowania wartości przedmiotu ubezpieczenia wysokość **szkody** określa się na podstawie cen z dnia wystąpienia **szkody** w następujący sposób:
 - 1) **statych elementów wykończeniowych** – według wysokości kosztów remontu lub odbudowy w tym samym miejscu, tego samego rodzaju, konstrukcji, powierzchni i standardu, przy zastosowaniu takich samych lub zbliżonej jakości materiałów:
 - a) w przypadku ubezpieczenia według **wartości odtworzeniowej (nowej)**, dla przedmiotu ubezpieczenia, którego stopień

zużycia technicznego nie przekracza 50% – bez potrącania stopnia **zużycia technicznego**,

- b) w przypadku ubezpieczenia według **wartości odtworzeniowej (nowej)**, dla przedmiotu ubezpieczenia, którego stopień **zużycia technicznego** przekracza 50% – z potrąceniem stopnia **zużycia technicznego**,
 - c) w przypadku ubezpieczenia według **wartości księgowej brutto**, dla przedmiotu ubezpieczenia, którego stopień **zużycia technicznego** nie przekracza 50% – bez potrącania stopnia **zużycia technicznego**, przy czym całkowita wartość odszkodowania nie może przekroczyć **wartości księgowej brutto** przedmiotu ubezpieczenia wynikającej z ksiąg rachunkowych na dzień wystąpienia **szkody**,
 - d) w przypadku ubezpieczenia według **wartości księgowej brutto** dla przedmiotu ubezpieczenia, którego stopień **zużycia technicznego** przekracza 50% – z potrąceniem stopnia **zużycia technicznego**, przy czym całkowita wartość odszkodowania nie może przekroczyć **wartości księgowej brutto** przedmiotu ubezpieczenia wynikającej z ksiąg rachunkowych na dzień wystąpienia **szkody**,
 - e) w przypadku ubezpieczenia według **wartości rzeczywistej** – z potrąceniem stopnia **zużycia technicznego**;
- 2) **maszyny, urządzenia, wyposażenie** – według kosztów naprawy, nabycia lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości, z uwzględnieniem zasad opisanych w pkt 1 lit. a-e;
 - 3) **materiały budowlane** – według kosztów naprawy, nabycia lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości;
 - 4) **wartości pieniężne**:
 - a) złoto, srebro, platyna, metale z grupy platynowców – według wartości rynkowej bez marży i prowizji, z zastrzeżeniem lit. b, poniżej;
 - b) wyroby z metali wymienionych w lit. a, kamienie szlachetne, perły, biżuteria i wyroby jubilerskie – według wartości odpowiadającej cenie ich zakupu (jeżeli **Ubezpieczony** sam nie wytwarza lub nie produkuje takiego mienia) lub kosztom wytworzenia (jeżeli **Ubezpieczony** sam wytwarza lub produkuje takie mienie) lub kosztom naprawy;
 - c) papiery wartościowe – według ceny sprzedaży, w przypadku papierów wartościowych będących przedmiotem obrotu giełdowego, według ich ceny giełdowej, pomniejszonej o prowizję maklerską;
 - d) pozostałe **wartości pieniężne** – według wartości nominalnej, przy czym zagraniczne znaki pieniężne przelicza się na złotówki według średniego kursu NBP z dnia wystąpienia **szkody**;
 - 5) **środkii obrotowe** – według ceny ich zakupu (jeżeli **Ubezpieczony** sam nie wytwarza lub nie produkuje takiego mienia) lub kosztów wytworzenia (jeżeli **Ubezpieczony** sam wytwarza lub produkuje takie mienie), kosztów naprawy lub czyszczenia;
 - 6) **mienie osób trzecich** – według kosztów naprawy z potrąceniem **zużycia technicznego**, a w przypadku utraty lub zniszczenia według **wartości rzeczywistej**, nie wyższej niż określona w dowodzie przyjęcia (bez marży i prowizji **Ubezpieczonego**); jeżeli przedmiotem ubezpieczenia jest fabrycznie nowe mienie przyjęte w celu dalszej sprzedaży, wówczas zastosowanie mają postanowienia pkt 5;
 - 7) **nakłady inwestycyjne** – według kosztów naprawy, odbudowy lub remontu, również w sytuacji, gdy koszty na naprawę **nakładów inwestycyjnych** należących do właściciela **budynku/lokalu**, poniesione były przez użytkownika **budynku/lokalu**, który jest zobowiązany do ich naprawienia;
 - 8) **mienie pracownicze** – według kosztów naprawy z potrąceniem **zużycia technicznego**, a w przypadku utraty lub zniszczenia według **wartości rzeczywistej**;
 - 9) **mienie niskocenne** – według kosztów naprawy z potrąceniem **zużycia technicznego**, a w przypadku utraty lub zniszczenia według **wartości rzeczywistej**.
2. Jeżeli w przypadku **szkody** całkowitej w mieniu ubezpieczonym według **wartości księgowej brutto** okaże się, że wartość ta jest wyższa od **wartości odtworzeniowej (nowej)** tego mienia, to wówczas górną granicę odpowiedzialności Allianz stanowi **wartość odtworzeniowa (nowa)**.

szkody – maksymalnie do wysokości sum ubezpieczenia i limitów odpowiedzialności ustalonych w Umowie.

2. Jeżeli w wyniku zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia wystąpi **szkoda** całkowita, Allianz wypłaca odszkodowanie stosownie do wartości przedmiotu ubezpieczenia z dnia wystąpienia **szkody**, maksymalnie do wysokości sum ubezpieczenia i limitów odpowiedzialności ustalonych w Umowie.
3. Przy ustalaniu wysokości **szkody** nie uwzględnia się:
 - 1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej, historycznej, artystycznej, sentymentalnej lub pamiątkowej;
 - 2) wartości marży **Ubezpieczonego**;
 - 3) kosztów wynikających z braku części zamiennych lub materiałów potrzebnych do przywrócenia stanu istniejącego przed **szkodą**;
 - 4) podatku od towarów i usług (VAT) na zasadach opisanych w § 24.

ZASADA ODPOWIEDZIALNOŚCI PROPORCJONALNEJ

§ 52

1. Jeżeli suma ubezpieczenia ustalona w Umowie przez **Ubezpieczającego** jest w momencie wystąpienia **szkody** niższa od wartości stanowiącej zgodnie z OWU podstawę ustalenia tej sumy, to występuje niedoubezpieczenie.
2. W przypadku zajścia **szkody** w mieniu, którego dotyczy niedoubezpieczenie, Allianz odpowiada za tę **szkodę** oraz koszty, o których mowa w § 23, w takiej proporcji, w jakiej w dniu **szkody** suma ubezpieczenia pozostawała do wartości stanowiącej podstawę określenia sumy ubezpieczenia (zasada odpowiedzialności proporcjonalnej).
3. Zasada odpowiedzialności proporcjonalnej nie jest stosowana:
 - 1) jeżeli wysokość **szkody** jest równa lub przekracza ustaloną przez **Ubezpieczającego** sumę ubezpieczenia mienia;
 - 2) w ubezpieczeniu na pierwsze ryzyko;
 - 3) jeżeli w momencie wystąpienia **szkody** wartość mienia, którego dotyczy **szkoda** nie przekracza 130% zadeklarowanej przez **Ubezpieczającego** sumy ubezpieczenia tego mienia;
 - 4) jeżeli wysokość **szkody** nie przekracza 5% łącznej sumy ubezpieczenia mienia dotkniętego **szkodą**, jednak nie więcej niż 10 000 zł;
 - 5) w stosunku do **Ubezpieczającego/Ubezpieczonego** będącego konsumentem w rozumieniu art. 221 Kodeksu cywilnego oraz w stosunku do **Ubezpieczającego/Ubezpieczonego** będącego osobą fizyczną, w sytuacji gdy Umowę zawarto w związku z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą lub zawodową.
4. Zasada odpowiedzialności proporcjonalnej, o której mowa powyżej, ma zastosowanie również w przypadku **szkód** powstałych wskutek zdarzeń, dla których ustalono limity i sumy ubezpieczenia.
5. Przez użytą w niniejszym paragrafie sumę ubezpieczenia mienia należy rozumieć sumę ubezpieczenia ustaloną dla miejsca ubezpieczenia i kategorii mienia, którego dotyczy **szkoda**.

USTALENIE I WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 53

1. Z zastrzeżeniem § 52 odszkodowanie wypłacane przez Allianz stanowi kwotę kosztów odpowiadających wysokości **szkody**, obliczonej zgodnie z § 50 i § 51.
2. Wysokość odszkodowania:
 - 1) pomniejszona jest o wartość pozostałości uszkodzonego lub zniszczonego przedmiotu ubezpieczenia nadającego się do dalszego wykorzystania, przeróbki lub odsprzedaży;
 - 2) powiększona jest o poniesione i udokumentowane przez **Ubezpieczonego** koszty, o których mowa w § 23;
 - 3) pomniejszona jest o wysokość **franszyzy redukcyjnej**.
3. O ile nie umówiono się inaczej, wartość **franszyzy redukcyjnej** w module ubezpieczenia od kradzieży z włamaniem i rabunku wynosi 200 zł.
4. Wysokość odszkodowania nie może przekroczyć sum ubezpieczenia lub limitów odpowiedzialności przyjętych dla poszczególnych kategorii mienia bądź przedmiotów ubezpieczenia.

§ 51

1. Jeżeli w wyniku zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia wystąpi **szkoda** częściowa, Allianz pokryje udokumentowane koszty poniesione na naprawę uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia, jednakże tylko do jego wartości z dnia wystąpienia

DZIAŁ IV.

MODUŁ UBEZPIECZENIE SZYB I INNYCH PRZEDMIOTÓW OD STŁUCZENIA

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 54

Przedmiotem ubezpieczenia mogą być stanowiące własność **Ubezpieczonego** lub będące w jego posiadaniu na podstawie tytułu prawnego, w tym przewłaszczone na zabezpieczenie, nieuszkodzone w chwili przyjęcia do ubezpieczenia, zamontowane lub zainstalowane zgodnie z ich przeznaczeniem **szyby i przedmioty szklane**.

MIEJSCE UBEZPIECZENIA

§ 55

Ubezpieczone mienie, o którym mowa w § 54 jest objęte ochroną ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w miejscu wymienionym w Umowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 56

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje **szkody**, będące bezpośrednim następstwem zdarzenia, polegającego na stłuczeniu lub pęknięciu ubezpieczonego mienia, które zaistniało w miejscu i **okresie ubezpieczenia**, z zastrzeżeniem postanowień § 3 oraz § 57.
2. W ramach sumy ubezpieczenia Allianz odpowiada również za powstałe w bezpośrednim związku ze **szkodą**, o której mowa w poprzednim ustępie, koszty:
 - 1) oszklenia zastępczego oraz usług ekspresowych;
 - 2) transportu;
 - 3) wykonania znaków reklamowych na nieuszkodzonych przedmiotach objętych ubezpieczeniem lub pokrycia ich folią, o ile znaki te lub folia znajdowały się na tych przedmiotach przed zdarzeniem i uległy uszkodzeniu lub zniszczeniu w jego następstwie, a **szkoda** będąca następstwem tego zdarzenia objęta jest odpowiedzialnością Allianz;
 - 4) obróbki powierzchniowej ubezpieczonego szkła;
 - 5) ustawienia rusztowań lub użycia dźwigu;
 - 6) naprawy uszkodzonych w związku z wybiciem szyby elementów mocujących szybę w ramie lub uszkodzonego w związku z wybiciem szyby muru.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ALLIANZ

§ 57

Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody**:

- 1) w okładzinach podłogowych;
- 2) w **szybach i przedmiotach szklanych** zamontowanych w pojazdach lub środkach transportu;
- 3) w oszkleniu szklarni, cieplarni, inspektów;
- 4) w oszkleniu urządzeń technicznych, budowlanych oraz wszelkiego rodzaju instalacji;
- 5) w szybach i przedmiotach szklanych powstałych w trakcie transportu, obróbki, montażu, wymiany w czasie prac konserwatorskich, remontowych, naprawczych lub przed ich ostatecznym zamontowaniem lub zainstalowaniem w miejscu przeznaczenia;
- 6) w szkle artystycznym, witrażach zabytkowych, płytach nagrobkowych, jakichkolwiek ekranach;
- 7) w **szybach i przedmiotach szklanych** stanowiących **środki obrotowe** lub **mieście osób trzecich**;
- 8) w **szybach i przedmiotach szklanych** znajdujących się w **budynkach, lokalach, elementach działki wytłaczonych z eksploatacji**, jeśli były one nieużytkowane nieprzerwanie przez okres co najmniej 60 dni, chyba że Allianz został o tym pisemnie poinformowany i potwierdził ochronę ubezpieczeniową w dokumencie ubezpieczenia;
- 9) polegające na porysowaniu, odprysnięciu kawałka powierzchni, poplamieniu, zmianie barwy powierzchni, niewłaściwego wykonawstwa lub montażu.

SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY

§ 58

Sumę ubezpieczenia **szyb i przedmiotów szklanych** ustala **Ubezpieczający** na pierwsze ryzyko według wartości na dzień zawarcia Umowy odpowiadającej cenie zakupu lub kosztom naprawy ubezpieczonego mienia powiększonych o koszty, o których mowa w § 56 ust. 2.

USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY

§ 59

1. Wysokość **szkody** określa się na podstawie cen w miejscu i z dnia wystąpienia **szkody**, według wysokości ceny zakupu lub kosztów naprawy przedmiotu tego samego rodzaju, konstrukcji, powierzchni i standardu, przy zastosowaniu takich samych lub zbliżonej jakości materiałów, z uwzględnieniem kosztów, o których mowa w § 56 ust. 2.
2. Przy ustalaniu wysokości **szkody** nie uwzględnia się:
 - 1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej, historycznej, artystycznej, sentymentalnej lub pamiątkowej;
 - 2) kosztów wynikających z braku części zamiennych lub materiałów potrzebnych do przywrócenia stanu istniejącego przed **szkodą**;
 - 3) podatku od towarów i usług (VAT) na zasadach opisanych w § 24.

USTALENIE I WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 60

1. Wartość odszkodowania wypłacanego przez Allianz stanowi kwotę kosztów odpowiadających wysokości **szkody** obliczonej zgodnie z § 59 i:
 - 1) pomniejszona jest o wartość pozostałości uszkodzonego lub zniszczonego przedmiotu ubezpieczenia nadającego się do dalszego wykorzystania, przeróbki lub odsprzedaży;
 - 2) powiększona jest o poniesione i udokumentowane przez **Ubezpieczonego** koszty, o których mowa w § 23;
 - 3) pomniejszona jest o wysokość **franszyzy redukcyjnej**.
2. O ile nie umówiono się inaczej, wartość **franszyzy redukcyjnej** w module ubezpieczenia szyb i przedmiotów szklanych od stłuczenia wynosi 50 zł.
3. Wysokość odszkodowania nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia lub limitów odpowiedzialności przyjętych dla poszczególnych kategorii mienia bądź przedmiotów ubezpieczenia.

DZIAŁ V.

MODUŁ UBEZPIECZENIA MIENIA W TRANSPORCIE (CARGO)

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 61

Przedmiotem ubezpieczenia w module ubezpieczenia mienia w transporcie jest określony w Umowie rodzaj mienia stanowiący własność **Ubezpieczonego** lub mienie będące w jego posiadaniu na podstawie tytułu prawnego, w tym mienie przewłaszczone na zabezpieczenie, które wykorzystywane i ewidencjonowane jest w związku z prowadzoną działalnością oraz **mieście osób trzecich**, przewożone transportem drogowym na ryzyko **Ubezpieczonego**.

ZAKRES TERYTORIALNY

§ 62

1. Allianz ponosi odpowiedzialność za **szkody** powstałe w wyniku zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia zgodnie z § 63 w trakcie transportu drogowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Pod warunkiem opłaty dodatkowej składki zakres terytorialny odpowiedzialności Allianz może zostać rozszerzony o **szkody** powstałe w trakcie transportu drogowego na terytorium krajów członkowskich Unii Europejskiej oraz terytorium Szwajcarii, Islandii, Norwegii, Andory, Lichtensteinu, Monako, Watykanu i San Marino.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 63

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje **szkody** w ubezpieczonym mieniu, będące bezpośrednim następstwem **zdarzenia losowego** objętego zakresem ubezpieczenia, które zaistniało na terytorium objętym odpowiedzialnością Allianz i w **okresie ubezpieczenia**, z zastrzeżeniem postanowień § 3 oraz § 65.
2. W zależności od wybranego wariantu, Umowa mienia w transporcie obejmuje **szkody**, będące bezpośrednim następstwem poniższych **zdarzeń losowych**:
 - 1) w wariantcie **PODSTAWOWYM** – **pożar, uderzenie pioruna, eksplozja, implozja, uderzenie lub upadek statku powietrznego, wiatr, grad, powódź, obsunięcie ziemi, zapadanie ziemi, lawina, wypadek środka transportu**, uderzenie przedmiotów, które odpadły od innych pojazdów, mostów, budynków, upadek drzew oraz kradzież będąca następstwem **wypadku środka transportu** rozumiana jako zabór mienia przez osobę trzecią dokonany w miejscu powstania **szkody** z uszkodzonego podczas wypadku środka transportu;
 - 2) w wariantcie **ROZSZERZONYM** – zdarzenia wymienione w pkt 1 oraz **kradzież z włamaniem do pojazdu** po pokonaniu zabezpieczeń pojazdu, **rabunek, kradzież wraz z pojazdem** po pokonaniu zabezpieczeń pojazdu.
3. W granicach sumy ubezpieczenia określonej w Umowie, ubezpieczone mienie objęte jest także ochroną od **szkód** powstałych wskutek akcji gaśniczej lub ratowniczej, odgruzowania lub wyburzania, prowadzonych w związku z wystąpieniem zdarzenia, za które Allianz ponosi odpowiedzialność z tytułu zawartej Umowy.
4. Na podstawie indywidualnej oceny ryzyka, za zgodą stron, Allianz może wprowadzić do Umowy ograniczenia odpowiedzialności dla przedmiotu ubezpieczenia lub **szkód** powstałych wskutek określonych zdarzeń objętych zakresem Umowy.

§ 64

Ochrona ubezpieczeniowa, z zastrzeżeniem § 8, rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem **załadunku** na środek transportu lub przyjęciem ładunku do przewozu przez przewoźnika w miejscu nadania, w zależności od tego, który z tych momentów jest wcześniejszy, a kończy w chwili zakończenia **wyładunku** środka transportu w miejscu przeznaczenia określonym w **liście przewozowym** lub wydania ładunku odbiorcy.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ALLIANZ

§ 65

1. Umowa nie obejmuje **szkód** powstałych w:
 - 1) **wartościach pieniężnych**, aktach, dokumentach, rękopisach, planach, prototypach, wzorach, antykach, zabytkach, dziełach sztuki, zbiorach kolekcjonerskich lub muzealnych;
 - 2) przesyłkach pocztowych i kurierskich;
 - 3) towarach niebezpiecznych w rozumieniu umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR);
 - 4) mieniu przewożonym jako bagaż podręczny;
 - 5) mieniu, którego zakup potwierdzony jest dowodem uznanym przez uprawnione organy państwa za fałszywy lub w mieniu wytworzonym lub wprowadzonym do obrotu bez wymaganych prawem zezwoleń lub koncesji lub których wytworzenie lub wprowadzenie do obrotu stanowi czyn zabroniony;
 - 6) rzeczy przewożonych w ramach tzw. handlu obwoźnego, rozumianego jako dokonywanie sprzedaży bezpośrednio ze środka transportu na trasie **transportu własnego**;
 - 7) odpadach lub mieniu przeznaczonym do likwidacji lub złomowania, mieniu o przekroczonym terminie ważności lub wycofanym z obrotu przed powstaniem **szkody**, mieniu uszkodzonym lub zdekompletowanym;
 - 8) drzewach, krzewach, uprawach, innej roślinności, grzybach oraz ich grzybniami, słomie, sianie, trawach energetycznych, żywych zwierzętach, ludzkich zwłokach.
2. Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje **szkód** powstałych wskutek:
 - 1) transportu w obrębie tej samej nieruchomości;
 - 2) naturalnych ubytków wagi, miary i objętości mieszczących się w granicach obowiązujących norm;
 - 3) nieprawidłowego rozmieszczenia lub zamocowania rzeczy w środku transportu oraz przekroczenia norm wagowych załadunku środka transportu, jeżeli czynności tych dokonuje

Ubezpieczony lub jego **pracownik**, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar **szkody**;

- 4) niewłaściwego opakowania lub jego braku, jeżeli miały związek z powstaniem **szkody**, a winę za powyższe nieprawidłowości ponosi **Ubezpieczony** albo jego **pracownik**;
 - 5) złego stanu technicznego środka transportu lub użycia środka transportu nieprzystosowanego do przewozu danego rodzaju mienia, jeżeli **Ubezpieczony** o fakcie złego stanu technicznego środka transportu lub użycia środka transportu nieprzystosowanego do przewozu danego rodzaju mienia wiedział lub przy dołożeniu należytej staranności mógł się dowiedzieć (nie dotyczy **transportu obcego**), o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar **szkody**;
 - 6) stanu nietrzeźwości lub po użyciu środków odurzających przez kierowcę środka transportu lub innych osób uczestniczących w przewozie (nie dotyczy **transportu obcego**), o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar **szkody**;
 - 7) zmian wilgotności atmosferycznej oraz opadów **deszczu**, śniegu i wahań temperatury, chyba że **szkoda** powstała na skutek **wypadku środka transportu**.
3. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody** powstałe wskutek **kradzieży z włamaniem z pojazdu** lub wskutek **kradzieży wraz z pojazdem**, gdy środek transportu zabezpieczony został niezgodnie z postanowieniami dotyczącymi minimalnych wymogów zabezpieczenia, określonymi w Załączniku nr II do OWU, chyba że nie miało to wpływu na powstanie **szkody**.

SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY

§ 66

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez **Ubezpieczającego** na pierwsze ryzyko i powinna odpowiadać maksymalnej przewidywanej wartości przewożonego mienia na jeden środek transportu rozumiany jako pojazd samochodowy przeznaczony konstrukcyjnie do przewozu ładunków, określenie to obejmuje również samochód ciężarowo-osobowy przeznaczony konstrukcyjnie do przewozu ładunków i osób.
2. Suma ubezpieczenia ustalana jest na podstawie wartości przewożonego mienia w miejscu i w czasie **załadunku**, odpowiadającej:
 - 1) dla mienia fabrycznie nowego – określonej w fakturze, wewnętrznym dokumencie wydania lub innym dokumencie dostawy cenie zakupu mienia nabytego lub wartości wytworzenia mienia sprzedanego przez **Ubezpieczonego**, w zależności od tego, czy ubezpieczone mienie przewożone jest na ryzyko kupującego czy sprzedającego;
 - 2) dla mienia używanego – **wartości rzeczywiście**.

USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY

§ 67

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 wysokość **szkody** określa się na podstawie cen z dnia wystąpienia **szkody** stanowiących koszt naprawy, nabycia lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości:
 - 1) dla mienia fabrycznie nowego – w pełnej wysokości, bez potrącenia stopnia **zużycia technicznego**;
 - 2) dla mienia używanego – z potrąceniem stopnia **zużycia technicznego**.
2. Przy ustalaniu wysokości szkody nie uwzględnia się:
 - 1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej, historycznej, artystycznej, sentymentalnej lub pamiątkowej;
 - 2) wartości marży **Ubezpieczonego**;
 - 3) kosztów wynikających z braku części zamiennych lub materiałów potrzebnych do przywrócenia stanu istniejącego przed **szkodą**;
 - 4) podatku od towarów i usług (VAT) na zasadach opisanych w § 24.

USTALENIE I WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 68

1. Odszkodowanie wypłacane przez Allianz stanowi kwotę kosztów odpowiadających wysokości **szkody** obliczonej zgodnie z § 67.
2. Wysokość odszkodowania:
 - 1) pomniejszona jest o wartość pozostałości uszkodzonego lub zniszczonego przedmiotu ubezpieczenia nadającego się do dalszego wykorzystania, przeróbki lub odsprzedaży;

- 2) powiększona jest o poniesione i udokumentowane przez **Ubezpieczonego** koszty, o których mowa w § 23;
- 3) pomniejszana jest o wysokość **franszyzy redukcyjnej**.
3. O ile nie umówiono się inaczej, wartość **franszyzy redukcyjnej** w module ubezpieczenia mienia w transporcie wynosi:
 - 1) dla **szkód** powstałych wskutek **kradzieży z włamaniem z pojazdu lub kradzieży wraz z pojazdem** – 500 zł;
 - 2) dla pozostałych **szkód** – 200 zł.
4. Wysokość odszkodowania nie może przekroczyć sum ubezpieczenia lub limitów odpowiedzialności przyjętych dla poszczególnych kategorii mienia bądź przedmiotów ubezpieczenia.

DZIAŁ VI.

MODUŁ UBEZPIECZENIA SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 69

1. Przedmiotem ubezpieczenia w ubezpieczeniu sprzętu elektronicznego może być wskazany w załączonym do Umowy wykazie stacjonarny i przenośny **sprzęt elektroniczny**, o ile:
 - 1) nie jest starszy niż 7 lat, licząc od daty jego wytworzenia do dnia zawarcia Umowy;
 - 2) sprzęt stacjonarny został zainstalowany na stanowisku pracy w miejscu ubezpieczenia;
 - 3) jest gotowy do użytku zgodnie z jego przeznaczeniem;
 - 4) dla którego testy próbne zostały zakończone z wynikiem pozytywnym, chyba że przeprowadzenie tych testów nie było wymagane przez producenta.
2. W przypadku demontażu ubezpieczonego sprzętu ochrona ubezpieczeniowa istnieje tylko wówczas, gdy zdemontowanie ubezpieczonego sprzętu nastąpiło w związku z:
 - 1) przeprowadzaniem jego czyszczeniem, przeglądem, naprawą lub remontem, w takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie w trakcie wymienionych wyżej czynności;
 - 2) transportem lub przemieszczeniem **sprzętu elektronicznego** w miejscu ubezpieczenia.
3. Wykaz, o którym mowa w ust. 1, musi zawierać następujące informacje:
 - 1) rodzaj sprzętu wraz z podaniem numeru identyfikacyjnego (numer fabryczny lub ewidencyjny);
 - 2) sumę ubezpieczenia poszczególnych sprzętów;
 - 3) rok produkcji.
4. Allianz może odstąpić od wymogu załączania wykazu, o którym mowa w ust. 1 i 3, pod warunkiem, że ubezpieczeniem objęty zostanie cały posiadany **sprzęt elektroniczny Ubezpieczonego**, którego suma ubezpieczenia została określona według **wartości księgowej brutto**, nie starszy niż 7 lat, licząc od daty jego wytworzenia do dnia zawarcia Umowy, będący środkiem trwałym **Ubezpieczonego**, a łączna jego wartość nie przekracza 500 000 zł.
5. Pod warunkiem ubezpieczenia sprzętu wskazanego w ust. 1 **Ubezpieczający** za opłatą dodatkowej składki może rozszerzyć zakres ubezpieczenia o ubezpieczenie kosztów odtworzenia danych, oprogramowania oraz **wymienialnych nośników danych**, na których zapisane są ubezpieczone dane.

MIJESCE UBEZPIECZENIA

§ 70

1. Ubezpieczone mienie jest objęte ochroną ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w miejscu wymienionym w Umowie, z zastrzeżeniem ust. 2-4.
2. Przenośny sprzęt elektroniczny używany do prac służbowych przez **Ubezpieczonego** lub jego **pracowników** poza miejscem ubezpieczenia, objęty jest ochroną ubezpieczeniową na całym terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, również poza miejscem wskazanym w Umowie.
3. Dane, oprogramowanie oraz **wymienialne nośniki danych** są objęte ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w § 69 ust. 5 na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w miejscu wymienionym w Umowie, a także w zewnętrznym archiwum oraz w trakcie transportu między miejscem ubezpieczenia a tym archiwum.

4. W przypadku bezpośredniego narażenia ubezpieczonego mienia na **szkodę** objętą ochroną na podstawie Umowy oraz spełnienia obowiązku wynikającego z § 20 ust. 1, ubezpieczone mienie objęte jest ochroną ubezpieczeniową przez okres 30 dni również w miejscu, do którego zostało przeniesione w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia **szkodzie** lub zmniejszenia jej rozmiarów.
5. **Ubezpieczony** zobowiązany jest bezzwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 dni roboczych, poinformować Allianz o przeniesieniu ubezpieczonego mienia, przyczynie przeniesienia oraz nowym miejscu przechowywania ubezpieczonego mienia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 71

1. Sprzęt, o którym mowa w § 69 ust. 1 oraz **wymienialne nośniki danych**, są ubezpieczone od **szkód** będących bezpośrednim następstwem jakiegokolwiek **zdarzenia losowego**, które nie zostało wyłączone z odpowiedzialności Allianz, które zaistniało w miejscu świadczenia ochrony ubezpieczeniowej i w **okresie ubezpieczenia**, z zastrzeżeniem postanowień § 3 oraz § 72.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 1 ubezpieczenie obejmuje **szkody** powstałe wskutek:
 - 1) błędów w obsłudze, będących wynikiem m.in. nieostrożności, zaniedbania, niewłaściwego użytkowania, braku odpowiednich kwalifikacji;
 - 2) błędów popełnionych w trakcie konstrukcji, produkcji lub montażu, a także wad materiałowych;
 - 3) **pożaru**;
 - 4) **eksplozji, implozji**;
 - 5) działania wody;
 - 6) **przebiecia, kradzieży z włamaniem**, a w odniesieniu do sprzętu przenośnego również wskutek **kradzieży z pojazdu i kradzieży wraz z pojazdem**, pod warunkiem, że ubezpieczony **sprzęt elektroniczny** znajduje się w **budynku, lokalu** lub w środku transportu użytkowanych zgodnie z przeznaczeniem i zabezpieczonych zgodnie z wymogami wskazanymi w Załączniku nr II;
 - 7) **rabunku**;
 - 8) **wandalizmu**;
 - 9) pozostałych zdarzeń losowych nie wyłączonech w § 72 ust. 2.
3. Na wniosek **Ubezpieczającego** i za opłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia **sprzętu elektronicznego** może zostać rozszerzony o **szkody**, będące bezpośrednim następstwem **powodzi**.
4. Za opłatą dodatkowej składki odpowiedzialność Allianz może zostać rozszerzona o koszty poniesione przez **Ubezpieczonego** na użytkowanie urządzeń zastępczych, jeżeli doszło do uszkodzenia lub zniszczenia ubezpieczonego **sprzętu elektronicznego**, wskutek zdarzenia, za które Allianz ponosi odpowiedzialność na mocy niniejszych OWU oraz o ile **Ubezpieczony** nie ma możliwości kontynuowania działalności z wykorzystaniem ubezpieczonego **sprzętu elektronicznego**, bądź zastąpienia go przez inny posiadany przez **Ubezpieczonego** sprzęt.
5. W granicach sum ubezpieczenia określonych w Umowie dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia, ubezpieczone mienie objęte jest także ochroną od **szkód** powstałych wskutek akcji gaśniczej lub ratowniczej, odgruzowania lub wyburzania, prowadzonych w związku z wystąpieniem zdarzenia, za które Allianz ponosi odpowiedzialność z tytułu zawartej Umowy.
6. Na podstawie indywidualnej oceny ryzyka, za zgodą stron, Allianz może wprowadzić do Umowy ograniczenia odpowiedzialności dla przedmiotu ubezpieczenia lub **szkód** powstałych wskutek określonych zdarzeń objętych zakresem Umowy.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ALLIANZ

§ 72

1. Umowa nie obejmuje **szkód** w:
 - 1) sprzęcie latającym lub pływającym;
 - 2) sprzęcie znajdującym się w **budynkach, lokalach, elementach działki w budowie**, opuszczonych, przeznaczonych do rozbiórki lub wyburzenia;
 - 3) sprzęcie znajdującym się w **budynkach, lokalach, elementach działki wyłączonech z eksploatacji**, jeśli były one nieużytkowane nieprzerwanie przez okres co najmniej 60 dni, chyba że Allianz został o tym pisemnie poinformowany i potwierdził ochronę ubezpieczeniową w dokumencie ubezpieczenia;
 - 4) sprzęcie przeznaczonym do likwidacji lub złomowania;

- 5) sprzęcie, którego zakup potwierdzony jest dowodem uznanym przez uprawnione organy państwa za fałszywy lub w mieniu wytworzonym lub wprowadzonym do obrotu bez wymaganych prawem zezwoleń lub koncesji lub których wytworzenie lub wprowadzenie do obrotu stanowi czyn zabroniony;
 - 6) bankomatów, automatów do gier, automatów vendingowych, urządzeniach wyposażonych w automaty wrzutowe lub do wydawania i rozmienniania pieniędzy oraz w mieniu w nich się znajdującym.
2. Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje **szkód** powstałych wskutek:
- 1) naruszenia przez **Ubezpieczonego** obowiązków wskazanych w § 18 ust. 1 i 2, na zasadach określonych w § 18 ust. 3;
 - 2) **powodzi** w okresie **karencji**, o którym mowa w § 8 ust. 3, o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o to ryzyko;
 - 3) przenikania lub przesiąkania wód gruntowych, chyba że jest skutkiem **powodzi** – o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o ryzyko **powodzi** zgodnie z § 71 ust. 3 OWU;
 - 4) przesiąkania opadów atmosferycznych przez dach lub ściany lub zawalenia się dachu, gdy przesiąkanie opadów atmosferycznych przez dach lub ściany lub zawalenie się dachu miało miejsce wskutek błędów konstrukcji, braku konserwacji dachu, niezachowania jego ciągłości, w tym przesiąkania lub przelania przez otwory okienne, wentylacyjne i odprowadzające; wyłączenie to nie jest stosowane w przypadku **szkód** w przedmiocie ubezpieczenia znajdującym się w **budynku/lokalu** najętym, jeżeli **Ubezpieczony** jako najemca nie jest zobowiązany do dbania o techniczny stan **budynku/lokalu** oraz jeśli do dnia powstania **szkody Ubezpieczony** nie wiedział o istniejących zaniedbaniach lub wiedział o nich i może udowodnić występowanie do wynajmującego lub właściciela **budynku/lokalu** o ich usunięcie;
 - 5) przedostania się brudu, **deszczu, gradu**, śniegu lub lodu przez niewłaściwie zamknięte oraz niedomknięte okna, drzwi zewnętrzne i inne otwory, chyba że otwory te powstały w wyniku zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
 - 6) zaniechania obowiązkowych okresowych przeglądów konserwacyjnych lub remontów, braku utrzymania obiektów budowlanych w należytych stanie technicznym, a także powstałych wskutek braku konserwacji obiektów budowlanych oraz instalacji w tych obiektach lub wynikających z faktu, że konstrukcja tych obiektów nie odpowiada przepisom prawa;
 - 7) zakłóceń lub przerw w dostawie mediów (w szczególności energii elektrycznej lub ciepłej, gazu lub wody), chyba że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie niewytłaczane z zakresu ubezpieczenia, wówczas Allianz odpowiada wyłącznie za skutki takiego zdarzenia;
 - 8) kradzieży niespełniającej definicji **kradzieży z włamaniem**, w tym **kradzieży zwykłej**, a także zaboru, usiłowania lub dokonania oszustwa, wyłudzenia, wymuszenia lub szantażu, wprowadzenia w błąd, poświadczenia nieprawdy, fałszerstwa lub podstępu, sprzeniewierzenia, defraudacji, zaginięcia, braków stwierdzonych w trakcie sprawdzania lub spisywania stanu ilościowego majątku;
 - 9) **kradzieży z włamaniem, kradzieży z włamaniem do pojazdu lub kradzieży wraz z pojazdem** mienia zabezpieczonego niezgodnie z postanowieniami dotyczącymi minimalnych wymagań zabezpieczenia, określonymi w Załączniku nr II do OWU, chyba że nie miało to wpływu na powstanie **szkody**.
3. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody**:
- 1) spowodowane przez wady czy defekty istniejące w chwili rozpoczęcia **okresu ubezpieczenia**, o których wiedzieli **Ubezpieczający** lub jego przedstawiciele;
 - 2) będące bezpośrednimi następstwami trwającej eksploatacji (np. normalne zużycie, erozja, korozja, rdza, kamień kotłowy);
 - 3) w postaci kosztów poniesionych w związku z interwencją serwisową, chyba że konieczność skorzystania z interwencji wynika ze zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) w postaci jakichkolwiek kosztów poniesionych w związku z konserwacją przedmiotu ubezpieczenia oraz kosztów części wymienialnych w toku czynności konserwacyjnych;
 - 5) za które dostawca, wykonawca naprawy, odpłatny przewoźnik/spedytor jest odpowiedzialny na podstawie umowy lub bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa;
 - 6) w mieniu znajdującym się pod ziemią, przy czym wyłączenie to nie dotyczy sprzętu elektronicznego zainstalowanego w kondygnacjach budynku poniżej poziomu gruntu;
 - 7) w częściach i materiałach eksploatacyjnych, które z uwagi na przeznaczenie i charakter pracy podlegają przyspieszonemu zużyciu lub regularnej wymianie w trakcie czynności konserwacyjnych zgodnie z dokumentacją techniczno-ruchową, instrukcją obsługi lub zaleceniami producenta;
 - 8) w postaci wszelkich defektów estetycznych, rozumianych jako wgniecenia, porysowania, zadrapania na powierzchniach malowanych, polerowanych lub emaliowanych, zmiany barwy, odbarwienia, chyba że uszkodzenia są skutkiem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
4. W odniesieniu do ubezpieczenia danych, oprogramowania i nośników danych Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody**:
- 1) w nośnikach danych niewymiennych, zamontowanych na stałe w urządzeniach oraz w danych na tych nośnikach;
 - 2) w danych zapisanych wyłącznie w pamięci głównej jednostki centralnej lub w pamięci operacyjnej;
 - 3) w postaci kosztów sprawdzania, weryfikacji lub modyfikacji oprogramowania lub danych, kosztów badań i inżynierii lub kosztów ich produkcji;
 - 4) w programach użytkowanych w sposób bezprawny, z naruszeniem praw autorskich lub bez upoważnienia ze strony ich właścicieli lub autorów;
 - 5) w postaci kosztów odtworzenia utraconych lub zdeformowanych danych w razie braku, zniszczenia lub utracenia danych bazowych;
 - 6) polegające na odtworzeniu danych, które zostały wprowadzone lub przetworzone po wystąpieniu **szkody**;
 - 7) w postaci kosztów wynikłych z błędnego programowania, perforacji, etykietowania lub wkładania nośników danych, nieuwważnego usunięcia informacji lub starcia danych z nośnika oraz utraty informacji wskutek działania pola magnetycznego lub elektromagnetycznego;
 - 8) powstałe w danych oprogramowania zgromadzonych poza ubezpieczonymi lokalizacjami, danych w chmurze obliczeniowej.
5. ALLIANZ nie pokrywa:
- 1) strat wody, pary oraz innych cieczy lub gazów;
 - 2) zwiększonych kosztów wynikających z braku materiałów potrzebnych do przywrócenia przedmiotu ubezpieczenia do stanu istniejącego przed **szkodą**;
 - 3) kosztów normalnego utrzymania mienia oraz jego konserwacji.
6. W przypadku niedoubezpieczenia wysokość odszkodowania ulega pomniejszeniu na zasadach określonych w § 76.

SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY

§ 73

Suma ubezpieczenia ustalana jest przez **Ubezpieczającego** na dzień zawarcia Umowy dla:

- 1) **sprzętu elektronicznego** – na sumy stałe według:
 - a) **wartości księgowej brutto**,
 - b) **wartości odtworzeniowej (nowej)**;
- 2) oprogramowania – na sumy stałe według **wartości odtworzeniowej (nowej)**;
- 3) nośników danych – na sumy stałe według kosztu odtworzenia tych nośników;
- 4) danych – na pierwsze ryzyko według niezbędnych i uzasadnionych kosztów odtworzenia danych.

USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY

§ 74

1. Wysokość **szkody** określa się na podstawie cen z dnia wystąpienia **szkody** w następujący sposób:

- 1) w przypadku stacjonarnego i przenośnego **sprzętu elektronicznego** ubezpieczonego według **wartości odtworzeniowej (nowej)** lub **księgowej brutto**:
 - a) jeżeli sprzęt nadaje się do naprawy (**szkoda** częściowa) – według kosztów zakupu materiału i kosztów robocizny niezbędnej w celu naprawienia uszkodzonego przedmiotu, z uwzględnieniem kosztów transportu, demontażu i ponownego montażu oraz opłat celnych i innych tego typu należności, z wyłączeniem kosztów transportu ekspresowego i lotniczego,
 - b) w przypadku wymiany sprzętu (**szkoda** całkowita), który jest nie starszy niż 7 lat, licząc od daty jego wytworzenia do dnia zawarcia Umowy – według kosztów zakupu identycznego, fabrycznie nowego przedmiotu lub przedmiotu analogicznego rodzaju i jakości, z uwzględnieniem kosztów transportu, demontażu i ponownego montażu oraz opłat celnych i innych tego typu należności, z wyłączeniem kosztów transportu ekspresowego i lotniczego,
 - c) w przypadku wymiany sprzętu (**szkoda** całkowita), który jest starszy niż 7 lat, licząc od daty jego wytworzenia do dnia zawarcia Umowy – według **wartości rzeczywistej**;

- 2) w przypadku ubezpieczenia oprogramowania umieszczonego na nośnikach danych oraz kosztów odtworzenia danych wysokość **szkody** ustala się według kosztów:
 - a) automatycznego odtworzenia z posiadanych zabezpieczonych danych i oprogramowania w postaci kopii bezpieczeństwa,
 - b) automatycznego odtworzenia danych i oprogramowania z innych nośników lub ponownego ręcznego wprowadzenia danych z posiadanych przez **Ubezpieczającego** zapisów i dokumentów. W razie ręcznego wprowadzania danych Allianz refunduje koszty roboczogodzin koniecznych do wprowadzenia utraconych danych, kierując się przeciętnymi stawkami płaconymi osobom wykonującym dany rodzaj pracy,
 - c) ponownego nabycia oprogramowania w wersji nie nowszej niż oryginalna. W przypadku nieodtworzenia oprogramowania odszkodowanie zostanie ograniczone wyłącznie do kosztów naprawy lub wymiany pustych nośników oprogramowania;
 - 3) w przypadku ubezpieczenia **wymienialnych nośników danych** wysokość odszkodowania określa się według kosztów ich ponownego nabycia;
 - 4) w przypadku ubezpieczenia dodatkowych kosztów poniesionych przez **Ubezpieczonego** na użytkowanie urządzeń zastępczych na podstawie § 71 ust. 5, wysokość odszkodowania ustala się według kosztów faktycznie poniesionych przez **Ubezpieczonego**, maksymalnie przez okres 3 miesięcy, jednak do kwoty nie wyższej niż średnie ceny na terenie powiatu lub odpowiednio miasta na prawach powiatu, w obrębie którego znajduje się miejsce ubezpieczenia.
2. Jeżeli w przypadku **szkody** całkowitej w mieniu ubezpieczonym według **wartości księgowej brutto** okaże się, że wartość ta jest wyższa od **wartości odtworzeniowej (nowej)** tego mienia, to wówczas górną granicę odpowiedzialności Allianz stanowi **wartość odtworzeniowa (nowa)**.

§ 75

1. Jeżeli w wyniku zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia wystąpi **szkoda** częściowa, Allianz pokryje udokumentowane koszty poniesione na naprawę uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia, jednakże tylko do jego wartości z dnia wystąpienia **szkody** – maksymalnie do wysokości sum ubezpieczenia i limitów odpowiedzialności ustalonych w Umowie.
2. Jeżeli w wyniku zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia wystąpi **szkoda** całkowita, Allianz wypłaca odszkodowanie stosownie do wartości przedmiotu ubezpieczenia z dnia wystąpienia **szkody**, maksymalnie do wysokości sum ubezpieczenia i limitów odpowiedzialności ustalonych w Umowie.
3. Przy ustalaniu wysokości **szkody** nie uwzględnia się:
 - 1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej, historycznej, artystycznej, sentymentalnej lub pamiątkowej;
 - 2) wartości marży **Ubezpieczonego**;
 - 3) kosztów wynikających z braku części zamiennych lub materiałów potrzebnych do przywrócenia stanu istniejącego przed **szkodą**;
 - 4) podatku od towarów i usług (VAT) na zasadach opisanych w § 24.

ZASADA ODPOWIEDZIALNOŚCI PROPORCJONALNEJ

§ 76

1. Jeżeli suma ubezpieczenia ustalona w Umowie przez **Ubezpieczającego** jest w momencie wystąpienia **szkody** niższa od wartości stanowiącej zgodnie z OWU podstawę ustalenia tej sumy, to występuje niedoubezpieczenie.
2. W przypadku zajścia **szkody** w mieniu, którego dotyczy niedoubezpieczenie, Allianz odpowiada za tę **szkodę** oraz koszty, o których mowa w § 23, w takiej proporcji, w jakiej w dniu **szkody** suma ubezpieczenia pozostawała do wartości stanowiącej podstawę określenia sumy ubezpieczenia (zasada odpowiedzialności proporcjonalnej).
3. Zasada odpowiedzialności proporcjonalnej nie jest stosowana:
 - 1) jeżeli wysokość **szkody** jest równa lub przekracza ustaloną przez **Ubezpieczającego** sumę ubezpieczenia mienia;
 - 2) w ubezpieczeniu na pierwsze ryzyko;
 - 3) jeżeli w momencie wystąpienia **szkody** wartość mienia, którego dotyczy **szkoda**, nie przekracza 130% zadeklarowanej przez **Ubezpieczającego** sumy ubezpieczenia tego mienia;

- 4) jeżeli wysokość **szkody** nie przekracza 5% łącznej sumy ubezpieczenia mienia dotkniętego **szkodą**, jednak nie więcej niż 10 000 zł;
- 5) w stosunku do **Ubezpieczającego/Ubezpieczonego** będącego konsumentem w rozumieniu art. 221 Kodeksu cywilnego oraz w stosunku do **Ubezpieczającego/Ubezpieczonego** będącego osobą fizyczną, w sytuacji gdy Umowę zawarto w związku z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą lub zawodową.
4. Zasada odpowiedzialności proporcjonalnej, o której mowa powyżej, ma zastosowanie również w przypadku **szkód** powstałych wskutek zdarzeń, dla których ustalono limity i sumy ubezpieczenia.
5. Przez użytą w niniejszym paragrafie sumę ubezpieczenia mienia należy rozumieć sumę ubezpieczenia ustaloną dla miejsca ubezpieczenia i kategorii mienia, którego dotyczy **szkoda**.

USTALENIE I WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 77

1. Z zastrzeżeniem § 76 odszkodowanie wypłacane przez Allianz stanowi kwotę kosztów odpowiadających wysokości **szkody**, obliczonej zgodnie z § 74 i § 75.
2. Wysokość odszkodowania:
 - 1) pomniejszona jest o wartość pozostałości uszkodzonego lub zniszczonego przedmiotu ubezpieczenia nadające się do dalszego wykorzystania, przeróbki lub odsprzedaży;
 - 2) powiększona jest o poniesione i udokumentowane przez **Ubezpieczonego** koszty, o których mowa w § 23;
 - 3) pomniejszana jest o wysokość **franszyzy redukcyjnej**.
3. O ile nie umówiono się inaczej, wartość **franszyzy redukcyjnej** w module ubezpieczenia sprzętu elektronicznego wynosi:
 - 1) dla **szkód** powstałych poza miejscem ubezpieczenia wskazanych w dokumencie ubezpieczenia w wyniku **kradzieży z włamaniem** lub **rabunku** oraz **szkód** powstałych wskutek upadku – 15% wysokości **szkody**, nie mniej niż 300 zł;
 - 2) dla pozostałych **szkód** – 300 zł.

DZIAŁ VII. MODUŁ UBEZPIECZENIA BIZNES ASSISTANCE

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 78

1. W przypadku ubezpieczenia rzeczy ruchomych w module ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych lub sprzętu elektronicznego ochrona ubezpieczeniowa zostaje rozszerzona o ubezpieczenie Biznes Assistance.
2. W ramach ubezpieczenia Biznes Assistance Allianz oferuje **usługi assistance** świadczone za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego**.
3. **Usługi assistance**, o których mowa w ust. 2, są świadczone na rzecz **Ubezpieczonego**, w przypadku gdy w miejscu ubezpieczenia prowadzona jest działalność gospodarcza.
4. W ramach Umowy Biznes Assistance Allianz, w zakresie wynikającym z postanowień następnych paragrafów, zapewnia **Ubezpieczonemu** organizację oraz pokrycie kosztów następujących **usług assistance**:
 - 1) pomoc organizacyjna:
 - a) podróż powrotna do firmy,
 - b) podróż po pozostawiony pojazd;
 - 2) pomoc interwencyjna w razie ryzyka utraty lub zniszczenia ubezpieczonego mienia – interwencja specjalisty;
 - 3) pomoc interwencyjna w sytuacji, gdy miejsce ubezpieczenia znajduje się w stanie wykluczającym prowadzenie dotychczasowej działalności gospodarczej:
 - a) transport ocalałego mienia,
 - b) przechowanie ocalałego mienia,
 - c) transport powrotny ocalałego mienia do miejsca ubezpieczenia,
 - d) ochrona mienia;
 - 4) pomoc interwencyjna w sytuacji awaryjnej na wypadek niemożności dostania się do miejsca ubezpieczenia – interwencja ślusarza;
 - 5) pomoc medyczna;

- a) wizyta lekarza,
 - b) transport medyczny,
 - c) dostawa leków;
 - 6) pomoc pielęgniarki po hospitalizacji;
 - 7) infolinia medyczna oraz usługi informacyjne:
 - a) telefoniczna rozmowa z lekarzem-konsultantem Centrum Operacyjnego,
 - b) informacje o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach,
 - c) informacja o usługodawcach.
5. **Ubezpieczający** jest zobowiązany powiadomić **Centrum Operacyjne** o zdarzeniu ubezpieczeniowym niezwłocznie po jego wystąpieniu lub uzyskaniu o nim informacji.
6. Jeżeli Umowa Biznes Assistance została zawarta na cudzy rachunek, obowiązek powiadomienia, o którym mowa w ust. 5 powyżej, spoczywa również na **Ubezpieczonym**, chyba że **Ubezpieczony** nie wie o zawarciu Umowy Biznes Assistance.
7. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 5 i 6 powyżej, Allianz może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia **szkody** lub uniemożliwiło Allianz ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.

POMOC ORGANIZACYJNA

§ 79

Jeżeli w momencie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną, na podstawie modułów wskazanych w niniejszych OWU, **Ubezpieczony** znajduje się w podróży (prywatnej lub służbowej) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w odległości co najmniej 30 km od miejsca ubezpieczenia, a w związku z wystąpieniem **zdarzenia losowego** jego obecność w miejscu ubezpieczenia jest niezbędna w celu dokonania czynności prawnych lub administracyjnych, Allianz organizuje i pokrywa koszt do kwoty 1 000 zł przy każdym zdarzeniu ubezpieczeniowym następujące usługi assistance:

- 1) podróż powrotną do firmy – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu **Ubezpiezonego** do miejsca ubezpieczenia kolejną pierwszą klasy lub autobusem;
- 2) podróż po pozostawiony pojazd – zorganizowanie i pokrycie kosztów powrotu **Ubezpiezonego** z miejsca ubezpieczenia do miejsca jego pobytu w chwili otrzymania przez niego informacji o zdarzeniu ubezpieczeniowym, w celu odebrania pozostawionego tam pojazdu kolejną pierwszą klasy lub autobusem.

POMOC INTERWENCYJNA W SYTUACJI RYZYKA UTRATY LUB ZNISZCZENIA UBEZPIECZONEGO MIENIA

§ 80

1. Jeżeli w następstwie **zdarzenia losowego** objętego ochroną, które wystąpiło w miejscu ubezpieczenia, powstaje ryzyko utraty lub dalszego uszkodzenia ubezpieczonego mienia, Allianz zapewnia interwencję specjalisty – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu oraz kosztów robocizny odpowiedniego specjalisty: ślusarza, hydraulika, technika urządzeń grzewczych i klimatyzacyjnych, elektryka, dekarza, szklarza lub stolarza, w wysokości do 500 zł za każdą interwencję i maksymalnie do trzech interwencji w ciągu **okresu ubezpieczenia**, dla każdego ze specjalistów z osobna.
2. Koszty zakupu nowych elementów instalacji i części zamiennych, powstałe w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, **Ubezpieczony** ponosi we własnym zakresie.

POMOC INTERWENCYJNA W SYTUACJI, GDY MIEJSCE UBEZPIECZENIA ZNAJDZIE SIĘ W STANIE WYKLUCZAJĄCYM PROWADZENIE DOTYCHCZASOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

§ 81

1. Jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną, niemożliwe jest prowadzenie dotychczasowej działalności gospodarczej w miejscu ubezpieczenia, Allianz zapewnia:
 - 1) transport ocalałego mienia – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu ocalałego mienia do wskazanego przez **Ubezpiezonego** miejsca składowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) transport powrotny ocalałego mienia – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu ocalałego mienia ze wskazanego przez **Ubezpiezonego** miejsca składowania, o którym mowa w pkt 1,

- do miejsca ubezpieczenia lub innego miejsca wznowienia działalności gospodarczej;
- 3) przechowanie ocalałego mienia – pokrycie kosztów przechowania ocalałego mienia we wskazanym przez **Ubezpiezonego** miejscu składowania.
- 2. Allianz organizuje i pokrywa koszt transportu ocalałego mienia oraz transportu powrotnego ocalałego mienia, wskazanych w ust. 1 pkt 1 i 2, samochodem ciężarowym o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony, do kwoty 1 000 zł na każde zdarzenie losowe.
- 3. Allianz organizuje i pokrywa koszty przechowywania ocalałego mienia, wskazanego w ust. 1 pkt 3, w miejscu wskazanym przez **Ubezpiezonego** w wysokości do 1 000 zł na każde zdarzenie losowe.
- 4. Jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną mienie nie uległo **szkodzie**, a istnieje konieczność zabezpieczenia mienia w miejscu ubezpieczenia, Allianz zapewnia ochronę mienia, tj. zorganizowanie i pokrycie kosztów dozoru przez strażnika z wyspecjalizowanej firmy w limicie do 48 godzin.

POMOC INTERWENCYJNA W SYTUACJACH AWARYJNYCH

§ 82

1. W razie wystąpienia sytuacji awaryjnej w miejscu ubezpieczenia Allianz organizuje i pokrywa koszt interwencji ślusarza w wysokości do 500 zł za każdą interwencję i nie więcej niż maksymalnie do trzech interwencji w ciągu okresu ubezpieczenia. W ramach niniejszej **usługi assistance** zapewnione są koszty dojazdu i robocizny ślusarza. Koszty zakupu nowych zamków lub części zamiennych, powstałe w związku z zaistnieniem sytuacji awaryjnej, **Ubezpieczony** ponosi we własnym zakresie.
2. Przez sytuację awaryjną, o której mowa w ust. 1, rozumie się sytuację, w której ze względu na uszkodzenie, zgubienie, zatrzęsienie lub kradzież kluczy lub uszkodzenie zamków w drzwiach konieczna jest interwencja specjalisty w celu umożliwienia **Ubezpieczonemu** dostania się do miejsca ubezpieczenia lub pomieszczenia w miejscu ubezpieczenia.

POMOC MEDYCZNA

§ 83

Jeżeli w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** **Ubezpieczony** doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, Allianz zapewnia w łącznym limicie do 1 000 zł na każdego **Ubezpiezonego** w **okresie ubezpieczenia**:

- 1) wizytę lekarza – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu oraz honorarium lekarza za wizytę lekarską w miejscu pobytu lub zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej w placówce medycznej, o ile według opinii lekarza prowadzącego leczenie stan zdrowia **Ubezpiezonego** nie wymaga wezwania pogotowia ratunkowego;
- 2) transport medyczny do szpitala – zorganizowanie transportu i pokrycie kosztów transportu **Ubezpiezonego** z miejsca pobytu do szpitala, o ile według opinii lekarza prowadzącego leczenie lub dyspozytora pogotowia ratunkowego stan zdrowia **Ubezpiezonego** nie wymaga wezwania pogotowia ratunkowego;
- 3) dostawę leków – zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia leków do miejsca pobytu **Ubezpiezonego**, jeżeli **Ubezpieczony**, na skutek **Nieszczęśliwego wypadku**, wymaga leżenia na podstawie pisemnego zalecenia wydanego przez lekarza prowadzącego leczenie oraz zażywania leków zaordynowanych lekarza prowadzącego leczenie.

POMOC PIELĘGNIARKI PO HOSPITALIZACJI

§ 84

Jeżeli w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** lub nagłego zachorowania **Ubezpieczony** był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni i na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie wymaga leżenia, Allianz zapewnia **Ubezpieczonemu** zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy pielęgniarki po hospitalizacji w miejscu pobytu **Ubezpiezonego**, w limicie do 500 zł i maksymalnie do 5 dni na każde zdarzenie.

INFOLINIA MEDYCZNA ORAZ USŁUGI INFORMACYJNE

§ 85

1. Allianz zapewnia **Ubezpieczonemu** całodobowy dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem-konsultantem **Centrum Operacyjnego**, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli **Ubezpieczonemu** odpowiedzi na zadane pytania oraz udzieli informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu oraz ich zamiennikach.
2. Zastrzega się, iż Informacje medyczne oraz telefoniczna rozmowa z lekarzem-konsultantem **Centrum Operacyjnego** nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza, który ich udzielił lub wobec Allianz.
3. Allianz zapewnia następujące telefoniczne usługi informacyjne obejmujące całodobowe przekazywanie **Ubezpieczonemu** informacji o numerach telefonów usługodawców (ślusarz, hydraulik, elektryk, dekarz, szklarz, stolarz, murarz, malarz, glazurnik, parkieciarz, pomoc domowa, agencja ochrony, firma transportowa, przechowywania rzeczy). Usługa dotyczy pomocy w przygotowywaniu posiłków lub wykonywaniu zabiegów pielęgnarskich.

WYŁĄCZENIA SZCZEGÓLNE

§ 86

1. Allianz nie świadczy **usług assistance**, jeżeli **zdarzenie losowe** wystąpiło w innym niż wskazane w Umowie miejscu ubezpieczenia.
2. W ramach Umowy Biznes Assistance Allianz nie odpowiada za utratę, ubytek lub uszkodzenie mienia **Ubezpieczonego**. **Szkody** polegające na utracie, ubytku lub uszkodzeniu mienia objęte są ochroną w ramach Umowy Bezpieczny Biznes, zgodnie z określonym w niej zakresem ubezpieczenia.
3. Z **usług assistance** wyłączone są:
 - 1) zdarzenia powstałe przed rozpoczęciem lub po zakończeniu **okresu ubezpieczenia**;
 - 2) zdarzenia zaistniałe na skutek popełnienia przez **Ubezpieczonego** przestępstwa umyślnego lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - 3) usługi związane z uszkodzeniami, za naprawę których odpowiadają właściwe służby administracyjne lub właściwe służby pogotowia technicznego, energetycznego, wodno-kanalizacyjnego oraz gazowego;
 - 4) usługi elektryka lub technika urządzeń lub instalacji grzewczych związane z uszkodzeniami żarówek, lampek kontrolnych, przedłużaczy;
 - 5) usługi związane z konserwacją ubezpieczonych **maszyn, urządzeń lub wyposażenia**;
 - 6) usługi związane z naprawą uszkodzeń, które pojawiły się przed momentem zaistnienia **zdarzenia losowego**;
 - 7) wszelkie **usługi assistance** poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 8) usługi medyczne w sytuacji, gdy stan zdrowia **Ubezpieczonego** wymaga wezwania pogotowia ratunkowego.
4. Allianz nie organizuje usług i nie pokrywa kosztów:
 - 1) leków, środków opatrunkowych lub innych medykamentów;
 - 2) związanych z chorobami przewlekłymi;
 - 3) powstałych w wyniku próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności;
 - 4) powstałych w następstwie chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **Ubezpieczonego** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
 - 5) zaistniałych w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarza prowadzącego leczenie;
 - 6) zaistniałych w wyniku spożycia leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar **szkody**;
 - 7) zaistniałych w wyniku leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 8) zaistniałych w wyniku zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 9) zaistniałych w wyniku reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, epidemii lub pandemii;
 - 10) powstałych w wyniku działania **Ubezpieczonego** pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych

lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar **szkody**.

5. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub brak możliwości realizacji **usług assistance** będące wynikiem działania siły wyższej oraz **strajków**, niepokojów społecznych, zamieszek, **terroryzmu**, sabotażu, wojny (również domowej), skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się, wynikających z decyzji władz administracyjnych.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU SZKODY

§ 87

1. W razie wystąpienia **szkody Ubezpieczony** jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z **Centrum Operacyjnym**.
2. **Ubezpieczony** powinien podać następujące informacje:
 - 1) nazwa ubezpieczonego podmiotu gospodarczego;
 - 2) imię i nazwisko osoby zgłaszającej;
 - 3) miejsce ubezpieczenia;
 - 4) numer polisy;
 - 5) opis **szkody** lub **Nieszcześliwego wypadku** bądź nagłego zaostrzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu do skontaktowania się z **Ubezpieczonym**;
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi **Centrum Operacyjnego** do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych **usług assistance**;
 - 8) potwierdzenie zatrudnienia w ubezpieczonym podmiocie gospodarczym.

DZIAŁ VIII. MODUŁ UBEZPIECZENIA ASYSTY PRAWNEJ

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA, ZAKRES TERYTORIALNY I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 88

1. W przypadku ubezpieczenia jakiegokolwiek mienia w module ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych lub ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, ochrona ubezpieczeniowa na wniosek **Ubezpieczającego** i po opłaceniu dodatkowej składki może zostać rozszerzona o ubezpieczenie **Asysty Prawnej**.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczenia **Ubezpieczonemu Asysty Prawnej** w związku z prowadzoną przez **Ubezpieczonego** działalnością gospodarczą na podstawie wniosków o udzielenie **Asysty Prawnej** zgłoszonych w okresie ubezpieczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje tylko i wyłącznie problemy prawne, które są rozpoznawane według prawa polskiego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i zaistniały na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Użyte w niniejszym module ubezpieczenia **Asysty Prawnej** pojęcia oznaczają:
 - 1) **Asysta Prawna** – świadczenia wymienione w § 89 ust. 2 OWU;
 - 2) **Informacja Prawna** – świadczenia Asysty Prawnej zgodnie z § 89 ust. 2 pkt 1 OWU;
 - 3) **Konsultacja i Porada Prawna** – udzielenie informacji o powszechnie obowiązujących przepisach prawa polskiego, orzecnictwie i poglądach doktryny w zakresie problemu prawnego, z którym zgłosił się **Ubezpieczony** oraz zasugerowanie **Ubezpieczonemu** zgodnego z prawem postępowania w zakresie ustalonego problemu prawnego;
 - 4) **Centrum Asysty Prawnej** – centrum obsługi ubezpieczenia **Asysty Prawnej**, prowadzone przez **Przedstawiciela Allianz**;
 - 5) **Przedstawiciel Allianz** – przedstawiciel Allianz udzielający świadczeń zgodnie z postanowieniami odpowiednich klauzul dodatkowych, którego numer telefonu podany jest do wiadomości **Ubezpieczonych** przez Allianz za pośrednictwem **Ubezpieczającego**;
 - 6) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – konieczność skorzystania przez **Ubezpieczonego** z **Asysty Prawnej** wskutek powstałego problemu prawnego, o ile konieczność ta wystąpiła w **okresie**

ubezpieczenia i została zgłoszona do **Przedstawiciela Allianz** w okresie ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 89

- Asysta Prawna** obejmuje sprawy związane z działalnością gospodarczą **Ubezpieczonego** z zakresu wszystkich dziedzin prawa, z zastrzeżeniem § 91 ust. 1 pkt 9 niniejszych OWU.
- Świadczenia **Asysty Prawnej** obejmują udzielenie **Ubezpieczonemu** przez prawników **Centrum Asysty Prawnej**:
 - Informacji Prawnej** obejmującej:
 - uzyskanie informacji na temat praw i obowiązków związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej **Ubezpieczonego**,
 - informowanie o procedurze prawnej prowadzenia sporów prawnych i ochrony praw,
 - informowanie o kosztach prowadzenia sporów prawnych,
 - przesyłanie tekstów aktualnych oraz historycznych aktów prawnych,
 - udzielanie informacji teleadresowych o sądach, radcach prawnych, adwokatach oraz notariuszach;
 - Konsultacji i Porady prawnej**.
- Asysta Prawna** zostanie udzielona **Ubezpieczonemu** w oparciu o przedstawiony przez **Ubezpieczonego** opis problemu i stan faktyczny. Jeżeli po uzyskaniu **Asysty Prawnej** **Ubezpieczony** po raz kolejny zwróci się do **Przedstawiciela Allianz** z wnioskiem o udzielenie **Asysty Prawnej**, podając dalsze lub odmienne informacje czy dane dotyczące tego samego problemu prawnego, wówczas udzielone przez **Przedstawiciela Allianz** świadczenie traktuje się jako nowe świadczenie.
- Świadczenia **Asysty Prawnej** udzielane są na bieżąco lub w przeciągu 3 dni roboczych od daty otrzymania przez **Przedstawiciela Allianz** wniosku o udzielenie **Asysty Prawnej** wraz z dokumentami niezbędnymi do jej udzielenia, chyba że **Ubezpieczony** i **Przedstawiciel Allianz** umówili się inaczej. Dla spraw wymagających znacznych nakładów pracy **Centrum Asysty Prawnej** termin realizacji uzgadniany jest indywidualnie z **Ubezpieczonym**.
- Świadczenia **Asysty Prawnej** udzielane są **Ubezpieczonemu** przy zastosowaniu poniższych form przekazu:
 - telefonicznie, na wskazany przez **Ubezpieczonego** numer telefonu;
 - pością elektroniczną, na wskazany przez **Ubezpieczonego** adres e-mail;
 - faksem, na wskazany przez **Ubezpieczonego** numer faksu.
- W przypadku spraw, gdzie niezbędna jest analiza, weryfikacja lub sporządzenie dokumentów o łącznej objętości przekraczającej 20 kart A4, praca dotycząca każdego kolejnych 20 stron dokumentów traktowania jest jako kolejne świadczenie **Asysty Prawnej**.
- Ubezpieczyciel** nie zwraca kosztów poniesionych przez **Ubezpieczonego** celem uzyskania **Asysty Prawnej** lub świadczeń do niej ekwiwalentnych u podmiotu innego niż **Przedstawiciela Allianz**.

LIMITY ŚWIADCZEŃ

§ 90

Ubezpieczonemu przysługuje w okresie ubezpieczenia możliwość skorzystania z ochrony w zakresie **Asysty Prawnej**:

- świadczeń **Informacji Prawnej**, nie więcej niż 3 zapytań **Ubezpieczonego** w jednym dniu oraz 20 w ciągu jednego miesiąca;
- łącznie do 12 świadczeń **Konsultacji i Porad Prawnych** w okresie 12 miesięcy, nie więcej jednak niż 2 miesięcznie.

WYŁĄCZENIA SZCZEGÓLNE

§ 91

- Świadczenia z Umowy nie obejmują ochrony interesów prawnych **Ubezpieczonego** związanej ze zdarzeniami lub sprawami:
 - pozostającymi w bezpośrednim związku z działaniami wojennymi, niepokojami społecznymi, rozruchami, **strajkami**, lokautem i trzęsieniami ziemi;
 - pozostającymi w bezpośrednim związku ze **szkodami** nuklearnymi wywołanymi przez reaktory jądrowe albo ze **szkodami** genetycznymi spowodowanymi promieniowaniem radioaktywnym, jeśli **szkody** te nie zostały spowodowane wskutek opieki medycznej;

- wynikającymi z umyślnego naruszenia przez **Ubezpieczonego** przepisów powszechnie obowiązującego polskiego prawa;
- będącymi następstwem pozostawania przez **Ubezpieczonego** pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;
- pozostającymi w związku z wykonywaniem przez **Ubezpieczonego** zawodu bez wymaganych prawem zezwoleń, certyfikatów lub uprawnień;
- dotyczącymi roszczeń **Ubezpieczonych** wynikających z cesji wierzytelności;
- związanymi z wywłaszczeniem, podziałem, przekształceniem własnościowym nieruchomości, planem zagospodarowania przestrzennego;
- rozpoznawanymi przed: Trybunałem Konstytucyjnym, Naczelny Sąd Administracyjny, Sądem Najwyższym, trybunałami międzynarodowymi;
- z zakresu prawa: autorskiego lub własności intelektualnej, znaków towarowych, rachunkowości lub karnoskarbowego, patentowego, ochrony dóbr osobistych, budowlanego, zamówień publicznych zbiorowego prawa pracy lub związków zawodowych; prawa o fundacjach i stowarzyszeniach;
- związanymi z problemami prawnymi z zakresu życia prywatnego **Ubezpieczonego**.

- Ochrona ubezpieczeniowa w żadnym wypadku nie obejmuje sporów zaistniałych pomiędzy **Ubezpieczonym**, **Ubezpieczającym**, **Allianz** oraz **Przedstawicielem Allianz**.

- Jeśli wystąpią zdarzenia, które jedynie w części objęte są ochroną ubezpieczeniową, **Allianz** ponosi odpowiedzialność jedynie w zakresie, w jakim zdarzenia są objęte ochroną ubezpieczeniową.

TRYB POSTĘPOWANIA I UZYSKANIE ŚWIADCZEŃ ASYSTY PRAWNEJ

§ 92

- W celu uzyskania **Asysty Prawnej** **Ubezpieczony** zobowiązany jest złożyć do **Przedstawiciela Allianz** wniosek. Wniosek może być złożony telefonicznie, pod numerem telefonu +48 224 224 224, przez 7 dni w tygodniu w godzinach od 9.00 do 21.00.
- Wniosek o udzielenie **Asysty Prawnej** powinien zawierać następujące dane:
 - imię, nazwisko i dane kontaktowe zgłaszającego (**Ubezpieczonego**);
 - NIP lub REGON **Ubezpieczonego**;
 - temat i opis problemu prawnego, którego ma dotyczyć **Asysta Prawna**;
 - wskazanie środka przekazu, za pośrednictwem którego ma zostać udzielone świadczenie **Asysty Prawnej** z podaniem odpowiednio numeru telefonu, faksu lub adresu e-mail.
- Allianz** nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożliwość wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane jest **strajkami**, niepokojami społecznymi, **zamieszkami**, **terroryzmem**, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami organów administracji publicznej.

DZIAŁ IX.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 93

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 10/2024 i mają zastosowanie do Umów zawartych od dnia 16 marca 2024 roku.

KLAUZULE DODATKOWE

DZIAŁ I.

KLAUZULE DODATKOWE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

KLAUZULA NR 1 – KLAUZULA AUTOMATYCZNEGO POKRYCIA

Niniejszą klauzulę stosuje się w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym, w ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem i rabunku, w ubezpieczeniu sprzętu elektronicznego.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz obejmuje automatyczną ochroną ubezpieczeniową, w zakresie ubezpieczonych zdarzeń, wzrost wartości ubezpieczonych **budynków/lokal** lub pozostałych środków trwałych związanych z modernizacją lub zakupem w trakcie trwania Umowy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy miejsc ubezpieczenia określonych w dokumencie ubezpieczenia i trwa 30 dni od dnia następnego od udokumentowanego zakupu lub zwiększenia wartości mienia w dokumentach księgowych. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową nowo nabytego mienia jest zgłoszenie go do ubezpieczenia przed upływem tych 30 dni i opłacenie dodatkowej składki naliczonej przez Allianz.
3. Limit odpowiedzialności na jedno miejsce ubezpieczenia wynosi:
 - 1) w przypadku ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych – 20% sumy ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych, nie więcej niż 300 000 zł;
 - 2) w przypadku ubezpieczenia od kradzieży z włamaniem i rabunku – 20% sumy ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku, nie więcej niż 300 000 zł;
 - 3) w przypadku ubezpieczenia sprzętu elektronicznego – 20% sumy ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, nie więcej niż 300 000 zł.
4. Właściwe dla własnej kategorii ryzyka lub przedmiotu ubezpieczenia franszyzy i limity mają zastosowanie w odniesieniu do zakresu tej klauzuli.
5. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana na mocy tej klauzuli nie dotyczy:
 - 1) mienia ubezpieczonego na pierwsze ryzyko;
 - 2) **rzeczy ruchomych** na wystawach, pokazach i targach oraz rzeczy ubezpieczonych na mocy innej Umowy.
- 3) działania niezbędne w celu informowania stałych klientów, takie jak pisma i telefony;
- 4) uzasadnione koszty pracy poniesione w celu likwidacji skutków **szkody** wynikłe z zatrudnienia **pracowników** w godzinach nadliczbowych, nocnych i w dni wolne od pracy.
5. Okresem odszkodowawczym w zakresie ochrony udzielanej na mocy niniejszej klauzuli jest okres trwający od dnia wystąpienia **szkody** powodującej powstanie kosztów dodatkowych aż do dnia przywrócenia technicznej gotowości przedsiębiorstwa, maksymalnie 30 dni. Techniczną gotowość przedsiębiorstwa uważa się za przywróceną, jeżeli **Ubezpieczony** ma do dyspozycji takie same lub podobnego standardu budynki/lokal i urządzenia o zbliżonych parametrach jak przed wystąpieniem **szkody**.
4. Odpowiedzialność Allianz powstaje wyłącznie wtedy, gdy przyczyną **szkody** w przedmiocie ubezpieczenia powodującą powstanie kosztów dodatkowych było zdarzenie zdefiniowane jako **pożar, uderzenie pioruna, eksplozja, implozja, uderzenie lub upadek statku powietrznego, przepięcie, dym i sadza, uderzenie pojazdu, uderzeniowa fala dźwiękowa, wiatr, grad, deszcz, obsunięcie ziemi, zapadanie ziemi, lawina, napór śniegu i lodu, zalanie, pęknięcie mrozowe, upadek drzew i budowli, powódź**, o ile zdarzenia te objęte są ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy i dla danego miejsca ubezpieczenia.
5. Koszty dodatkowe są ubezpieczone na pierwsze ryzyko.
6. Limit odpowiedzialności za poniesione, uzasadnione i udokumentowane koszty dodatkowe wynosi 30% sumy ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w miejscu ubezpieczenia, w którym zaistniała **szkoda**, a w przypadku gdy dla zdarzenia będącego przyczyną **szkody** ustalono limit odpowiedzialności Allianz, 30% tego limitu.
7. Wysokość odszkodowania jest ustalana w oparciu o udokumentowane rachunkami, umowami poniesione przez **Ubezpieczonego** koszty dodatkowe.
8. W rozumieniu niniejszej klauzuli kosztami dodatkowymi nie są:
 - 1) nakłady na ustalanie, stwierdzanie i usuwanie **szkody**;
 - 2) nakłady na nabycie nowego lub naprawę uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia;
 - 3) nakłady na ograniczenie liczby personelu (odprawy, przeszkolenia), roszczenia odszkodowawcze, koszty sądowe i adwokackie, koszty usług polegających na pośrednictwie;
 - 4) koszty spowodowane brakiem kapitału na odtworzenie utraconego lub naprawę uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia;
 - 5) nakłady na innowacje i ulepszenia wprowadzone w trakcie odtworzenia lub naprawy uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia;
 - 6) koszty związane z decyzją uprawnionych organów władzy, które uniemożliwiają lub opóźniają dalsze prowadzenie działalności gospodarczej przez **Ubezpieczonego**;
 - 7) koszty związane z decyzją **Ubezpieczonego** o zmianie rodzaju i miejsca prowadzenia działalności,
 - 8) koszty wymiany pieca lub kotła CO.
9. **Franszyza integralna** dla kosztów dodatkowych wynosi 500 zł.

KLAUZULA NR 2 – KLAUZULA KOSZTÓW DODATKOWYCH

Niniejszą klauzulę stosuje się w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że w ramach sumy ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych, Allianz pokrywa poniesione przez **Ubezpieczonego** dodatkowe koszty, które mogą powstać po wystąpieniu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. Pod pojęciem kosztów dodatkowych w zakresie niniejszej klauzuli należy rozumieć nakłady finansowe powstałe w wyniku wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia przeznaczone na:
 - 1) czasowe użytkowanie obcych działek, **budynków/lokal**, instalacji, maszyn lub urządzeń;
 - 2) koszty przeniesienia i wyniesienia ubezpieczonych rzeczy nieobjętych **szkodą** do zastępczego **budynku/lokalu** w celu kontynuowania prowadzonej działalności gospodarczej, w tym koszty transportu;

KLAUZULA NR 3 – KLAUZULA UBEZPIECZENIA ZEWNĘTRZNEGO

Niniejszą klauzulę stosuje się w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że w ramach sumy ubezpieczenia **rzeczy ruchomych** Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową **rzeczy ruchome** zadeklarowane do ubezpieczenia w miejscu ubezpieczenia, a oddane przez **Ubezpieczonego osobie trzeciej** w celu dokonania przeróbki, konserwacji lub naprawy poza miejscem ubezpieczenia określonym w Umowie.
2. Odpowiedzialność Allianz powstaje wyłącznie wtedy, gdy przyczyną **szkody** w przedmiocie ubezpieczenia było zdarzenie zdefiniowane w OWU jako **pożar, uderzenie pioruna, eksplozja, implozja**,

uderzenie lub upadek statku powietrznego, przepięcie, dym i sadza, uderzenie pojazdu, uderzeniowa fala dźwiękowa, wiatr, grad, deszcz, obsunięcie ziemi, zapadanie ziemi, lawina, napór śniegu i lodu, zalanie, pęknięcie mrozowe, upadek drzew i budowli, powódź, o ile zdarzenia te objęte są ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy i dla danego miejsca ubezpieczenia.

- Limit odpowiedzialności wynosi 5% sumy ubezpieczenia **rzeczy ruchomych** objętych ochroną ubezpieczeniową od pożaru i innych zdarzeń losowych w miejscu ubezpieczenia, a w przypadku gdy dla zdarzenia będącego przyczyną **szkody** ustalono limit odpowiedzialności Allianz, 5% tego limitu.
- Franszyza redukcyjna** dla szkód objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej klauzuli wynosi 200 zł dla każdej **szkody**.

KLAUZULA NR 4 – KLAUZULA AUTOMATYCZNEGO UBEZPIECZENIA RZECZY RUCHOMYCH W NOWYCH MIEJSCACH UBEZPIECZENIA

Niniejszą klauzulę stosuje się w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym, w ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem i rabunku.

- Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że w granicach sumy ubezpieczenia **rzeczy ruchomych** określonych w Umowie, w przypadku gdy **Ubezpieczony** rozpocznie prowadzenie działalności gospodarczej w nowym miejscu, znajdujące się tam **rzeczy ruchome** są objęte ochroną w zakresie zdarzeń objętych odpowiedzialnością Allianz na podstawie zawartej Umowy.
- Nowe miejsca ubezpieczenia to nowe jednostki organizowane w **okresie ubezpieczenia** na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pod innym adresem niż podany w Umowie, w których **Ubezpieczony** podejmuje działalność gospodarczą tożsamą z zadeklarowaną w Umowie.
- Obowiązkiem **Ubezpiezonego** jest pisemne zgłoszenie do Allianz nowej lokalizacji i podanie aktualnych sum ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty uruchomienia nowej lokalizacji. Jeżeli nowa lokalizacja nie zostanie zgłoszona w tym terminie do Allianz, ochrona ubezpieczeniowa kończy się po upływie 30 dni od daty jej uruchomienia.
- W okresie od daty uruchomienia do momentu zgłoszenia nowej lokalizacji do Allianz limit odpowiedzialności na **szkody** objęte niniejszą klauzulą wynosi 20% sumy ubezpieczenia **rzeczy ruchomych**, nie więcej niż 300 000 zł.
- Ubezpieczenie na podstawie niniejszej klauzuli:
 - obowiązuje wyjątkowo wtedy, gdy budynek/lokal, w którym znajdują się rzeczy ruchome, spełnia wymogi dotyczące zabezpieczeń określonych w Załączniku nr II do OWU;
 - nie dotyczy **rzeczy ruchomych** na wystawach, targach i pokazach oraz rzeczy ubezpieczonych na mocy innej umowy ubezpieczenia.
- Franszyza redukcyjna** dla każdej **szkody** objętej ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej klauzuli wynosi 300 zł.

KLAUZULA NR 5 – KLAUZULA PRZEMIESZCZENIA POMIĘDZY MIEJSCAMI UBEZPIECZENIA

Niniejszą klauzulę stosuje się w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym, w ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem i rabunku.

- Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że w granicach łącznej sumy ubezpieczenia **rzeczy ruchomych** we wszystkich miejscach ubezpieczenia oraz w zakresie zdarzeń objętych ubezpieczeniem, pod warunkiem prowadzenia jednej księgowości, ochrona ubezpieczeniowa obowiązuje, jeśli część rzeczy z jednego miejsca ubezpieczenia zostanie przemieszczona do drugiego miejsca ubezpieczenia.
- Limit odpowiedzialności na **szkody** objęte niniejszą klauzulą wynosi 20% sumy ubezpieczenia **rzeczy ruchomych** określonej łącznie dla wszystkich miejsc ubezpieczenia, nie więcej niż 300 000 zł.
- Franszyza redukcyjna** na każdą **szkodę** obowiązuje w wysokości ustalonej dla miejsca ubezpieczenia, do którego zostały przeniesione ubezpieczone **rzeczy ruchome**.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie dotyczy mienia ubezpieczonego na pierwsze ryzyko.

KLAUZULA NR 6 – KLAUZULA ZWIĘKSZENIA SUM UBEZPIECZENIA ŚRODKÓW OBROTOWYCH

Niniejszą klauzulę stosuje się w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym, w ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem i rabunku.

- Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz obejmuje ochroną, w zakresie ubezpieczonych zdarzeń, wzrost wartości ubezpieczanych **środków obrotowych** w trakcie **okresu ubezpieczenia** w okresie pomiędzy:
 - 1 czerwca a 31 sierpnia oraz
 - 1 października a 31 grudnia.
- Limit odpowiedzialności Allianz za **szkody** powstałe wskutek zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia w okresach wskazanym w ust. 1 wynosi 120% sumy ubezpieczenia **środków obrotowych** na dzień zawarcia Umowy, nie więcej niż wzrost o 50 000 zł w stosunku do sumy ubezpieczenia **środków obrotowych**.
- Klauzula nie dotyczy Umów ubezpieczenia zawieranych na okres krótszy niż 12 miesięcy.

DZIAŁ II.

KLAUZULE DODATKOWE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ NA WNIOSEK UBEZPIECZAJĄCEGO I ZA OPŁATĄ DODATKOWEJ SKŁADKI

KLAUZULA NR 7 – KLAUZULA UBEZPIECZENIA KOSZTÓW RZECZoznawców

Niniejszą klauzulę stosuje się w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym, w ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem i rabunku, w ubezpieczeniu mienia w transporcie (cargo), w ubezpieczeniu szyb od stłuczenia, w ubezpieczeniu sprzętu elektronicznego.

- Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową poniesione przez **Ubezpiezonego**, konieczne i uzasadnione koszty rzeczoznawców powołanych za zgodą Allianz w celu ustalenia przyczyny, zakresu lub rozmiaru **szkody**.
- Powołany rzeczoznawca nie może pozostawać w stosunku służbowym, kapitałowym lub innej zależności ze stronami Umowy.
- W ramach niniejszej klauzuli Allianz nie ponosi odpowiedzialności za koszty poniesione na wyliczenie i przygotowanie roszczenia przez **Ubezpieczającego**.
- Maksymalny limit odpowiedzialności wynosi 25 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w **okresie ubezpieczenia**.
- Franszyza redukcyjna** wynosi 200 zł na każdą **szkodę**.

KLAUZULA NR 8 – KLAUZULA ZRZECZENIA SIĘ PRAWA DO REGRESU

Niniejszą klauzulę stosuje się w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym.

- Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz odstępuje od roszczeń regresowych:
 - w odniesieniu do **szkód** w ubezpieczonych **budynkach, lokalach i elementach działki** lub **rzeczach ruchomych** użytkowanych przez **Ubezpiezonego**, spowodowanych przez innego **Ubezpiezonego**;
 - wobec właściciela **budynku, lokalu, elementów działki**, jeżeli taki obowiązek został nałożony na **Ubezpiezonego** jako użytkownika **budynku, lokalu, elementów działki** w umowie, na podstawie której użytkuje on **budynek, lokal, elementy działki**.

2. Zrzeczenie regresu nie dotyczy sytuacji, gdy do **szkody** doszło w wyniku winy umyślnej innego **Ubezpieczonego** lub właściciela budynku w sytuacji opisanej w ust. 1 pkt 2) powyżej.

KLAUZULA NR 9 – KLAUZULA ZNIESIENIA KONSUMPCJI SUMY UBEZPIECZENIA

Niniejszą klauzulę stosuje się w **ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym, w ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem i rabunku, w ubezpieczeniu szyb od stłuczenia.**

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że sumy ubezpieczenia i limity odpowiedzialności ustalone w Umowie nie ulegają pomniejszeniu o kwotę wypłaconego odszkodowania. Postanowień klauzuli nie stosuje się w odniesieniu do limitów odpowiedzialności stosowanych w klauzulach dodatkowych, określonych w Załączniku nr I do niniejszych OWU.

KLAUZULA NR 10 – KLAUZULA PRAC BUDOWLANO-MONTAŻOWYCH

Niniejszą klauzulę stosuje się w **ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym.**

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że ochroną ubezpieczeniową w miejscu ubezpieczenia wskazanym w Umowie, w zakresie zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia, do limitu odpowiedzialności na pierwsze ryzyko i do wysokości 300 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w **okresie ubezpieczenia**, nie wyższym niż suma ubezpieczenia określona w Umowie, objęte są **szkody** w ubezpieczonych **budynkach, lokalach, elementach działki lub rzeczach ruchomych** w następstwie zdarzeń losowych objętych zakresem ubezpieczenia powstałe podczas prowadzenia **prac budowlano-montażowych**, o ile:
 - 1) prowadzone prace nie naruszają elementów konstrukcji nośnej **budynku**, w tym konstrukcji i pokrycia dachu;
 - 2) prowadzone prace nie wymagają zgody (pozwolenia na budowę) odpowiednich organów władzy;
 - 3) prace są prowadzone przez osoby posiadające odpowiednie uprawnienia oraz
 - 4) prace są prowadzone w **budynku**, dla którego uzyskano pozwolenie na użytkowanie.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje szkód powstałych wskutek:
 - 1) **katastrofy budowlanej**, przeprowadzania **prac budowlano-montażowych** niezgodnie z planami architektonicznymi;
 - 2) zastosowania niewłaściwych lub wadliwych materiałów, błędów projektowych oraz wadliwego wykonania, z zastrzeżeniem, że **szkody** następne powstałe w elementach wykonanych poprawnie, niedotkniętych wadą materiałową bądź projektową, są objęte ochroną;
 - 3) rozruchu przeprowadzonego wbrew instrukcji producenta lub dostawcy;
 - 4) niewłaściwego zabezpieczenia mienia otaczającego przed skutkami prowadzonych prac.
3. Ochrona ubezpieczeniowa, do wysokości limitu określonego w ust. 1, obejmuje:
 - 1) wartość prac i materiałów:
 - a) będących własnością **Ubezpieczonego**,
 - b) niebędących jeszcze własnością **Ubezpieczonego**, a zrealizowanych już w procesie inwestycji (znajdujących się na ryzyku **Ubezpieczonego**);
 - 2) wartość **budynków/lokalu** lub **rzeczy ruchomych**, które w chwili zawierania Umowy stanowiły:
 - a) własność **Ubezpieczonego**,
 - b) mienie będące własnością **osób trzecich**, powierzone **Ubezpieczonemu** na podstawie pisemnej umowy (znajdujące się na ryzyku **Ubezpieczonego**).
4. **Franszyza redukcyjna** wynosi 1 000 zł na każdą **szkodę**, o ile nie umówiono się inaczej.

KLAUZULA NR 11 – KLAUZULA UBEZPIECZENIA MASZYN, URZĄDZEŃ PRZENOŚNYCH ORAZ ŚRODKÓW OBROTOWYCH POZA MIEJSCEM UBEZPIECZENIA

Niniejszą klauzulę stosuje się w **ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym, w ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem lub rabunku.**

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, iż ochroną ubezpieczeniową obejmuje się maszyny i urządzenia przenośne oraz **środki obrotowe** ubezpieczone w miejscu ubezpieczenia wskazanym w Umowie, które są wykorzystywane przez **Ubezpieczonego** lub jego **pracowników** poza miejscem ubezpieczenia znajdującym się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w którym **Ubezpieczony** świadczy usługi.
2. W ramach niniejszej klauzuli Allianz odpowiada za **szkody** spowodowane następującymi zdarzeniami według definicji w OWU: **pożar, uderzenie pioruna, eksplozja, implozja, uderzenie lub upadek statku powietrznego, przepięcie, dym i sadza, uderzenie pojazdu, uderzeniowa fala dźwiękowa, wiatr, grad, deszcz, obsuniecie ziemi, zapadanie ziemi, lawina, napór śniegu i lodu, zalanie, pękanie mrozowe, upadek drzew i budowli, powódź**, o ile zdarzenia te objęte są ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy. Dodatkowo w ramach niniejszej klauzuli Allianz ponosi odpowiedzialność za **szkody** powstałe na skutek **wypadku środka transportu**, którym podróżował **Ubezpieczony** lub jego **pracownik** wraz z ubezpieczonymi maszynami i urządzeniami.
3. W przypadku jeśli zakres Umowy obejmuje również ubezpieczenie maszyn i urządzeń od kradzieży z włamaniem i rabunku – zakres ubezpieczenia niniejszej klauzuli obejmuje również **szkody** powstałe w wyniku **kradzieży z włamaniem, rabunku**, kradzieży będącej następstwem wypadku środka transportu, **kradzieży z włamaniem z pojazdu** po pokonaniu wszystkich zabezpieczeń pojazdu, **kradzieży wraz z pojazdem** po pokonaniu wszystkich zabezpieczeń pojazdu.
4. **Ubezpieczający** zobowiązany jest dołączyć do Umowy wykaz zgłoszonych do ubezpieczenia maszyn i urządzeń przenośnych, zawierający co najmniej nazwę, typ, numer seryjny, producenta, rok produkcji oraz sumę ubezpieczenia poszczególnych pozycji.
5. Allianz odpowiada za **kradzież z włamaniem** maszyn i urządzeń przenośnych oraz **środków obrotowych** z zamkniętego **budynku/lokalu**, a także **kradzież z włamaniem z pojazdu** lub **kradzież wraz z pojazdem** zabezpieczonego co najmniej zgodnie z wymaganiami określonymi w Załączniku nr II; w odniesieniu do **kradzieży z włamaniem** z pokoi hotelowych za wystarczające uznaje się zamknięcie drzwi na zamek i zamknięcie okien.
6. W ramach ubezpieczenia maszyn i urządzeń przenośnych Allianz nie odpowiada za **szkody**:
 - 1) w maszynach i urządzeniach uszkodzonych, chyba że uszkodzenie powstało w wyniku zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia;
 - 2) w maszynach i urządzeniach, które przed wystąpieniem **szkody** były zdekompletowane;
 - 3) w maszynach i urządzeniach użytkowanych niezgodnie z przeznaczeniem lub z instrukcją użytkowania, o ile miało to wpływ na powstanie lub wielkość **szkody**;
 - 4) wynikające z faktu, że ubezpieczone maszyny i urządzenia zostały zagubione, pozostawione bez opieki, której w danych warunkach należało wymagać;
 - 5) w maszynach i urządzeniach znajdujących się poza **budynkiem/lokałem** powstałe w następstwie zmian wilgotności atmosferycznej oraz opadów deszczu, śniegu i wahań temperatury, chyba że **szkoda** powstała na skutek **wypadku środka transportu**;
 - 6) w maszynach i urządzeniach rolniczych.
7. Maszyny i urządzenia przenośne ubezpieczone są na sumy stałe, z zastrzeżeniem limitów przewidzianych niniejszymi OWU.
8. W ramach sumy ubezpieczenia zadeklarowanej w niniejszej klauzuli, Allianz ponosi odpowiedzialność za **środki obrotowe** do kwoty 10 000 zł, nie więcej niż suma ubezpieczenia ustalona dla niniejszej klauzuli.
9. **Franszyza redukcyjna** wynosi 500 zł dla każdej **szkody** spowodowanej **kradzieżą z włamaniem z pojazdu** i **kradzieżą wraz z pojazdem** i nie podlega wykupieniu. Dla pozostałych **szkód** objętych niniejszą klauzulą jest stosowana **franszyza redukcyjna** w kwocie 200 zł na każdą **szkodę**, **franszyza redukcyjna** podlega wykupieniu.

KLAUZULA NR 12 – KLAUZULA UBEZPIECZENIA MASZYN OD AWARII

Niniejszą klauzulę stosuje się **w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariantcie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym.**

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, iż ochroną ubezpieczeniową obejmuje się urządzenia techniczne, maszyny i oprzyrządowanie od **szkód** będących bezpośrednim następstwem **awarii**, wynikającej z wady produkcyjnej, działania człowieka lub przyczyn eksploatacyjnych.
2. Klauzula obejmuje ochroną mienie, o którym mowa powyżej, które zostało na stałe zainstalowane w miejscu ubezpieczenia i jest nie starsze niż 15 lat, licząc od daty jego wytworzenia do dnia zawarcia Umowy oraz którego testy rozruchowe wymagane przepisami prawa i wytycznymi producenta zostały zakończone z wynikiem pozytywnym.
3. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana podczas pracy urządzeń technicznych, maszyn i oprzyrządowania, jak również w stanie ich spoczynku, a także w czasie ich konserwacji, remontu okresowego (z wyłączeniem modernizacji) lub w okresie testów z nimi związanych, z zastrzeżeniem, że w przypadku demontażu ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana tylko wówczas, gdy zdemontowanie nastąpiło w związku z przeprowadzaniem ich czyszczeniem, przeglądem lub remontem okresowym – w tym przypadku ochrona ubezpieczeniowa trwa w trakcie wymienionych czynności, również w czasie przemieszczania urządzeń technicznych, maszyn i oprzyrządowania na terenie zakładu oraz podczas następującego niezwłocznie po nich ponownego ich montażu.
4. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje **szkód**:
 - 1) w mieniu o wartości jednostkowej wyższej niż 250 000 zł;
 - 2) w częściach i materiałach eksploatacyjnych, które z uwagi na przeznaczenie i charakter pracy podlegają przyspieszonemu zużyciu lub regularnej wymianie w trakcie czynności konserwacyjnych zgodnie z dokumentacją techniczno-ruchową lub zaleceniami producenta; z wyłączeniem oleju w transformatorach i wyładowaniach pełniących rolę izolacyjną;
 - 3) w przedmiotach będących prototypami;
 - 4) za które odpowiedzialna jest zidentyfikowana osoba trzecia: dostawca, producent lub wykonawca usługi;
 - 5) będących bezpośrednimi następstwami trwającej eksploatacji (normalne zużycie, erozja, korozja, rdza, kamień kotłowy);
 - 6) w **sprzęcie elektronicznym**, wyłączenie to nie dotyczy elektronicznych części urządzeń technicznych, maszyn i oprzyrządowania stanowiących część tych urządzeń technicznych, maszyn i oprzyrządowania;
 - 7) spowodowanych zagubieniem lub przywłaszczeniem.
5. **Ubezpieczający** ustala w Umowie łączny limit odpowiedzialności w **okresie ubezpieczenia** na pierwsze ryzyko dla **szkód** objętych zakresem na podstawie niniejszej klauzuli.
6. **Franszyza redukcyjna** w każdej **szkodzie** wynosi 1 000 zł, o ile nie umówiono się inaczej.

KLAUZULA NR 13 – KLAUZULA ROZMROŻENIA LUB ZEPSUCIA ŚRODKÓW OBROTOWYCH I MIENIA OSÓB TRZECICH

Niniejszą klauzulę stosuje się **w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariantcie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym.**

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że ochroną ubezpieczeniową objęte są **szkody w środkach obrotowych** lub **mienu osób trzecich** ubezpieczonych od pożaru i innych zdarzeń losowych spowodowane ich rozmrożeniem lub zepsuciem.
2. Za rozmrożenie lub zepsucie ubezpieczonych **środków obrotowych** uznaje się utratę przydatności do użycia **środków obrotowych** lub **mienu osób trzecich** w wyniku podwyższenia temperatury w urządzeniu chłodniczym w bezpośrednim następstwie:
 - 1) **awarii** urządzenia chłodniczego, w którym przechowywane są ubezpieczone **środki obrotowe** lub **miene osób trzecich**;
 - 2) przerw w dostawie prądu elektrycznego trwającej co najmniej 2 godziny.
3. Warunkiem odpowiedzialności Allianz w przypadku przerwy w dostawie prądu jest potwierdzenie tego faktu przez dostawcę energii elektrycznej (zakład energetyczny), a w przypadku **awarii** urządzenia chłodniczego – przedstawienie rachunku za naprawę lub

wymianę urządzenia albo potwierdzenia naprawy dokonanej w ramach gwarancji.

4. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za rozmrożenie lub zepsucie ubezpieczonego mienia wskutek niewłaściwego przechowywania lub uszkodzenia opakowania, planowanych przerw w dostawie prądu oraz przerw w dostawie prądu spowodowanych niewywiązaniami się z płatności wobec dostawcy prądu.
5. Limit odpowiedzialności Allianz jest określony w Umowie, na pierwsze ryzyko. Maksymalny limit odpowiedzialności wynosi 300 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w **okresie ubezpieczenia**.
6. **Franszyza redukcyjna** dla każdej **szkody** wynosi 400 zł, o ile nie umówiono się inaczej.

KLAUZULA NR 14 – KLAUZULA UBEZPIECZENIA KOSZTÓW STAŁYCH DZIAŁALNOŚCI

Niniejszą klauzulę stosuje się **w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariantcie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym.**

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że ochrona ubezpieczeniowa obejmuje koszty stałe działalności, które **Ubezpieczony** poniósł w czasie przerwania działalności w miejscu ubezpieczenia wskazanym w Umowie, w wyniku wystąpienia **szkody** spowodowanej zdarzeniem objętym zakresem ubezpieczenia.
2. Pod pojęciem kosztów stałych działalności w niniejszej klauzuli rozumie się związane z prowadzoną działalnością gospodarczą wydatki, które nie zależą od wielkości zakupów, produkcji lub sprzedaży, które mogłyby być pokryte przez **Ubezpieczonego** przy niezakłóconym przebiegu działalności gospodarczej, poniesione na:
 - 1) opłaty dzierżawne, czynsz;
 - 2) opłaty za pobór energii elektrycznej, ciepłej, wody i gazu;
 - 3) podstawowe wynagrodzenie **pracowników** z tytułu umów o pracę;
 - 4) raty kredytów i raty leasingowe.
3. Okresem odszkodowawczym w zakresie ochrony udzielanej na mocy niniejszej klauzuli jest okres trwający od dnia wystąpienia **szkody** rzeczowej, powodującej przerwanie działalności gospodarczej **Ubezpieczonego**, do dnia przywrócenia pomieszczeń lub urządzeń do stanu pierwotnego, najpóźniej jednak do momentu zaistnienia technicznych możliwości prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie sprzed **szkody**, nie dłużej niż 6 miesięcy. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody** spowodowane brakiem kapitału niezbędnego do odtworzenia zniszczonych **budynków/lokal** lub **rzeczy ruchomych** lub decyzją **Ubezpieczonego** o zmianie rodzaju lub miejsca prowadzonej działalności.
4. Odpowiedzialność Allianz powstaje wyłącznie wtedy, gdy przyczyną **szkody** w **budynku/lokalu** lub **rzeczach ruchomych** powodującą przerwanie działalności gospodarczej było zdarzenie zdefiniowane jako **pożar, uderzenie pioruna, eksplozja, implozja, uderzenie lub upadek statku powietrznego, wiatr, grad, deszcz, obsunięcie ziemi, zapadanie ziemi, lawina, napór śniegu i lodu, powódź**, o ile zdarzenia te objęte są ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy.
5. Koszty stałe ubezpieczone są na pierwsze ryzyko.
6. Limit odpowiedzialności wynosi 10% sumy ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w miejscu, w którym zaistniała **szkoda**, nie więcej niż 250 000 zł na jedno i wszystkie **zdarzenia**/miejsca ubezpieczenia wskazanym w Umowie.
7. Allianz wypłaca odszkodowanie przez czas trwania okresu odszkodowawczego. Wysokość odszkodowania jest ustalana w oparciu o udokumentowane rachunkami, umowami ponoszone przez **Ubezpieczonego** koszty stałe.
8. Koszty stałe, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 2 są pokrywane, jeżeli są związane z **budynkiem/lokałem** stanowiącym miejsce ubezpieczenia, w którym powstała **szkoda** rzeczowa powodująca odpowiedzialność Allianz z tytułu niniejszej klauzuli.
9. Z uwzględnieniem wyłączeń zawartych w OWU Allianz nie odpowiada za:
 - 1) premie, dodatki specjalne do wynagrodzeń, wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych;
 - 2) koszty wynagrodzeń z tytułu umów o dzieło i umów zleceń.
10. **Franszyza redukcyjna** wynosi 3 dni robocze i nie podlega wykupieniu. Allianz pomniejszy całkowite odszkodowanie o kwotę wynikającą z przemnożenia wyliczonej średniej wartości kosztów stałych przypadających na jeden dzień roboczy przez liczbę dni roboczych określonych jako **franszyza redukcyjna**.

KLAUZULA NR 15 – KLAUZULA UBEZPIECZENIA UTRATY CZYN SZU I PONOSZENIA KOSZTÓW NAJMU ZASTĘPCZEGO BUDYNKU/LOKALU

Niniejszą klauzulę stosuje się w **ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariantcie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym**.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmiennych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:
 - 1) koszty powstałe z tytułu utraty czynszu z tytułu wynajmu **budynku/lokalu** lub jego części, gdy na skutek zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia najemca jest uprawniony według prawa lub umowy najmu do częściowego lub całkowitego zaniechania zapłaty czynszu
 - 2) koszty najmu zastępczego **budynku/lokalu** w przypadku, gdy na skutek zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia **budynku/lokalu** lub jego część znalazły się w stanie wykluczającym prowadzenie w nim dotychczasowej działalności gospodarczej lub zamieszkiwanie i nie jest to możliwe w nieuszkodzonej części **budynku/lokalu**.
2. Odpowiedzialność Allianz powstaje wyłącznie wtedy, gdy przyczyną szkody powodującą utratę czynszu lub konieczność ponoszenia kosztów najmu zastępczego **budynku/lokalu** było zdarzenie objęte zakresem ubezpieczenia, za które Allianz ponosi odpowiedzialność na podstawie Umowy i niniejszych OWU.
3. Maksymalny okres odszkodowawczy jest równy technologicznemu czasowi odbudowy **budynku/lokalu**, nie dłuższy niż 3 miesiące od zajścia zdarzenia będącego przyczyną **szkody**, które spowodowało utratę czynszu lub konieczność ponoszenia kosztów najmu zastępczego **budynku/lokalu** i nie dłuższy niż do dnia, w którym **budynek/lokal** znowu nadaje się do użytkowania lub zamieszkania.
4. Suma ubezpieczenia utraty czynszu i kosztów najmu zastępczego **budynku/lokalu** powinna odpowiadać:
 - 1) dla wynajętego **budynku/lokalu** – wartości trzymiesięcznego czynszu;
 - 2) dla **budynku/lokalu** użytkowanego przez **Ubezpieczonego** lub bezpłatnie pozostawionego do użytku **osobom trzecim** – średniej wartości trzymiesięcznego czynszu z tytułu najmu lokalu o takim samym standardzie i podobnej lokalizacji w tej samej miejscowości.
5. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje utraty czynszu lub ponoszenia kosztów najmu zastępczego **budynku/lokalu**:
 - 1) jeśli **szkoda w budynku lub lokalu** nastąpiła w okresie wypowiedzenia umowy najmu lub dzierżawy;
 - 2) powstałych lub zwiększonych wskutek:
 - a) braku wystarczających środków finansowych niezbędnych do odtworzenia mienia dotkniętego **szkodą** w jak najkrótszym czasie,
 - b) decyzji **Ubezpieczonego** o nienaprawianiu **szkody** lub zmianie rodzaju działalności lub miejsca ubezpieczenia,
 - c) innowacji i ulepszeń wprowadzanych w trakcie odbudowy zniszczonego mienia,
 - d) decyzji właściwych organów administracji, które uniemożliwiają lub opóźniają odtworzenie zniszczonego mienia.
6. Wysokość odszkodowania z tytułu:
 - 1) utraty czynszu z tytułu wynajmu **budynku/lokalu** lub jego części – jest obliczana według wysokości miesięcznego czynszu ustalonego w umowie najmu przemnożonego przez czas trwania okresu odszkodowawczego, nie dłużej niż 3 miesiące;
 - 2) kosztów najmu zastępczego **budynku/lokalu** – jest obliczana według średniej wartości miesięcznego czynszu z tytułu najmu lokalu o takim samym standardzie i podobnej lokalizacji w tej samej miejscowości przemnożonego przez czas trwania okresu odszkodowawczego, nie dłużej niż 3 miesiące; przy ustalaniu wysokości odszkodowania nie uwzględnia się kosztów poszukiwania zastępczego **budynku/lokalu** oraz prowizji pośredników i kaucji.
7. **Franszyza redukcyjna** wynosi 200 zł, o ile nie umówiono się inaczej.

KLAUZULA 16 – TERRORYZM, STRAJKI, ZAMIESZKI

Niniejszą klauzulę stosuje się w **ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariantcie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym, w ubezpieczeniu mienia w transporcie (cargo), w ubezpieczeniu sprzętu elektronicznego**.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmiennych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się,

że ochrona ubezpieczeniowa obejmuje **szkody** powstałe w ubezpieczonym mieniu wskutek **pożaru, eksplozji, implozji, upadku statku powietrznego, uderzenia pojazdu** oraz akcji ratowniczej prowadzonej w związku z tymi zdarzeniami, będące bezpośrednim następstwem **terroryzmu, strajków, zamieszek**.

2. W ramach niniejszej klauzuli Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody** powstałe wskutek zanieczyszczenia biologicznego, chemicznego, nuklearnego lub radioaktywnego w następstwie **terroryzmu, strajków lub zamieszek**.
3. Maksymalny limit odpowiedzialności wynosi 100 000 zł, jednak nie więcej niż 10% sumy ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych na jedno i wszystkie zdarzenia.
4. **Franszyza redukcyjna** w każdej **szkodzie** wynosi 10% wartości **szkody**, nie mniej niż 500 zł.

KLAUZULA NR 17 – KLAUZULA UBEZPIECZENIA MIENIA PODCZAS TARGÓW, WYSTAW LUB POKAZÓW

Niniejszą klauzulę stosuje się w **ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariantcie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym, w ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem i rabunku**.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmiennych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową **rzeczy ruchome** podczas udziału **Ubezpieczonego** w wystawach, targach lub pokazach na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
2. W ramach niniejszej klauzuli Allianz odpowiada za **szkody** spowodowane następującymi zdarzeniami: **pożar, uderzenie pioruna, eksplozja, implozja, uderzenie lub upadek statku powietrznego, przepięcie, dym i sadza, uderzenie pojazdu, uderzeniowa fala dźwiękowa, wiatr, grad, deszcz, trzęsienie ziemi, obsunięcie ziemi, zapadanie ziemi, lawina, napór śniegu i lodu, zalanie, pęknięcie mrozowe, powódź, kradzież z włamaniem i rabunek**, o ile zdarzenia te objęte są ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy.
3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również **szkody** powstałe wskutek akcji ratowniczej prowadzonej w związku z wystąpieniem wyżej wymienionych zdarzeń.
4. Miejsce, w którym znajduje się przedmiot ubezpieczenia podczas targów, wystaw, pokazów, powinno być zabezpieczone zgodnie z postanowieniami dotyczącymi minimalnych wymogów zabezpieczenia przeciwkradzieżowego określonymi w Załączniku nr II do OWU.
5. W ramach niniejszej klauzuli Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody** powstałe:
 - 1) w **wartościach pieniężnych** oraz **mieniu osób trzecich**;
 - 2) w trakcie załadunku lub rozładunku oraz podczas transportu mienia na wystawy, targi, pokazy;
 - 3) w lokalizacjach, w których **Ubezpieczający** świadczy usługi na rzecz swoich klientów.
6. Maksymalny limit odpowiedzialności wynosi 100 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w **okresie ubezpieczenia**, jednak nie więcej niż suma ubezpieczenia zadeklarowana dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia.
7. **Franszyza redukcyjna** w każdej **szkodzie** wynosi 400 zł, o ile nie umówiono się inaczej.

KLAUZULA NR 18 – KLAUZULA UBEZPIECZENIA KOSZTÓW UTYLIZACJI LEKÓW, RECYCLINGU MASZYN I URZĄDZEŃ ORAZ UTRATY DOKUMENTÓW „APTEKA”

Niniejszą klauzulę stosuje się w **ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariantcie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym, w ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem i rabunku**.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmiennych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową poniesione przez **Ubezpieczonego** koszty:
 - 1) utylizacji leków w aptece lub punkcie aptecznym;
 - 2) recyklingu maszyn i urządzeń znajdujących się w aptece lub punkcie aptecznym;
 - 3) braku możliwości uzyskania refundacji sprzedanych refundowanych leków lub wyrobów medycznych, wskutek zniszczenia dokumentów będących podstawą refundacji.
2. Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową koszty wymienione w ust. 1 wyłącznie pod warunkiem, że:
 - 1) powstały w następstwie **szkody** w ubezpieczonym mieniu, w zakresie objętym Umową mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych oraz kradzieży z włamaniem i rabunku, o ile zdarzenia te objęte są ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy;

- 2) **Ubezpieczający** dokonuje bieżącej archiwizacji danych o obrocie refundowanymi lekami i wyrobami medycznymi, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Wysokość kosztów wskazanych w ust. 1 pkt 3 ustala się w oparciu o średnią dzienną wartość kwot refundowanych wyliczoną na podstawie 6-miesięcznego okresu poprzedzającego dzień **szkody**.
4. Maksymalny limit odpowiedzialności wynosi 100 000 zł, na jedno i wszystkie zdarzenia w **okresie ubezpieczenia**.
5. **Franszyza redukcyjna** w każdej **szkodzie** wynosi 400 zł, o ile nie umówiono się inaczej.

KLAUZULA NR 19 – KLAUZULA UBEZPIECZENIA MIENIA GOŚCI HOTELOWYCH

Niniejszą klauzulę stosuje się w **ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym, w ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem i rabunku**.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz w ramach sumy ubezpieczenia **mienia osób trzecich** obejmuje ochroną ubezpieczeniową mienie należące do gości hotelu lub innego obiektu czasowego zamieszkania (motel, hostel, pensjonat).
2. Allianz obejmuje ochroną mienie, o którym mowa w ust. 1 w zakresie objętym Umową mienia od pożaru i innych zdarzeń ubezpieczeniowych oraz kradzieży z włamaniem lub rabunku, o ile zdarzenia te objęte są ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy.
3. Ubezpieczenie nie obejmuje **szkód**:
 - 1) w mieniu w ilościach wskazujących na przeznaczenie handlowe;
 - 2) wskutek **kradzieży z włamaniem** spoza pokoju gościa, w tym części wspólnych lub pokoi innych gości;
 - 3) w napojach alkoholowych i wyrobach tytoniowych.
4. W odniesieniu do kradzieży z włamaniem z pokoi hotelowych za wystarczające uznaje się zamknięcie drzwi na zamek i zamknięcie okien.
5. Allianz ponosi odpowiedzialność za **szkody** powstałe wskutek **kradzieży z włamaniem w wartościach pieniężnych, sprzęcie elektronicznym, kluczykach i pilotach** do pojazdów pod warunkiem przechowywania ich w sejfie znajdującym się w pokoju gościa, o ile w pokoju znajdował się sejf i była możliwość zamknięcia tych przedmiotów w sejfie. W innych przypadkach warunkiem odpowiedzialności za szkody, o których mowa w poprzednim zdaniu jest pozostawienie śladów włamania i zgłoszenie zdarzenia na Policję.
6. Wysokość odszkodowania ustalana jest na podstawie **wartości rzeczywistej** uszkodzonego, zniszczonego lub utraconego mienia.
7. Odpowiedzialność Allianz z tytułu szkód w mieniu gości hotelowych ograniczona jest do wysokości limitu odpowiedzialności ustalonego w Umowie, nie więcej niż suma ubezpieczenia **mienia osób trzecich**.
8. W granicach limitu odpowiedzialności Allianz, o którym mowa w ust. 6, górną granicą odpowiedzialności dla szkód w jednym pokoju jest 5 000 zł i maksymalnie 2 000 zł na jedną osobę (gościa).
9. **Franszyza integralna** wynosi 200 zł.

KLAUZULA NR 20 – KLAUZULA UBEZPIECZENIA KOSZTÓW WYMIANY WODY W BASENIE

Niniejszą klauzulę stosuje się w **ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym**.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony o koszty wymiany wody w basenie znajdującym się na terenie hotelu lub innego obiektu czasowego zamieszkania (motel, hostel, pensjonat).
2. Odpowiedzialność Allianz obejmuje poniesione i udokumentowane koszty wymiany wody w basenie będącej następstwem jej skażenia lub zanieczyszczenia w trakcie **okresu ubezpieczenia** bezpośrednio w wyniku **szkody** w mieniu, za którą Allianz ponosi odpowiedzialność w ramach ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych.
3. Warunkiem pokrycia powyższych kosztów jest potwierdzenie zanieczyszczenia lub skażenia wody w basenie przez stację sanitarno-epidemiologiczną.
4. Allianz nie pokrywa kosztów związanych z:
 - 1) normalną eksploatacją, w tym kosztów uzupełniania wody, czyszczenia, filtrowania, dezynfekcji, a także kosztów okresowej wymiany wody;
 - 2) zanieczyszczeniem lub skażeniem wody niezwiązanym ze **szkodą** w mieniu objętą odpowiedzialnością Allianz;
 - 3) związanym z basenem nieużytkowanym przez okres co najmniej 30 dni.

5. **Franszyza redukcyjna** w każdej **szkodzie** wynosi 10% wartości **szkody**, nie mniej niż 500 zł.
6. Maksymalny limit odpowiedzialności niniejszej klauzuli na jedno i wszystkie zdarzenia w **okresie ubezpieczenia** określony jest w Umowie.

KLAUZULA NR 21 – KLAUZULA CENY ZBYTU ZA ŚRODKI OBROTOWE

Niniejszą klauzulę stosuje się w **ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym, Pełnym, w ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem i rabunku**. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że w granicach sumy ubezpieczenia **środków obrotowych**, za podstawę do określenia wysokości szkody przyjmuje się udokumentowaną cenę sprzedaży **środków obrotowych**, nie wyższą niż cena ich zakupu lub koszt wytworzenia powiększone o marżę **Ubezpieczonego** (jednak nie większą niż 20%), pod warunkiem, że przed wystąpieniem **szkody środków obrotowych** zostały sprzedane **osobie trzeciej**, ale nie zostały jej jeszcze przekazane lub przez nią odebrane.

KLAUZULA NR 22 – KLAUZULA UBEZPIECZENIA ZEWNĘTRZNYCH URZĄDZEŃ, ELEMENTÓW BUDYNKÓW I ELEMENTÓW DZIAŁKI

Niniejszą klauzulę stosuje się w **ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem i rabunku**.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową **szkody** powstałe wskutek zaboru urządzeń, elementów **budynków i elementów działki**, które ze względu na swoje przeznaczenie są zamontowane na stałe na zewnątrz **budynku** lub **elementów działki**, w sposób uniemożliwiający ich odłączenie bez ich uszkodzenia lub bez użycia narzędzi.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje: markizy, zadaszenia, siłowniki bram, zewnętrzne elementy telewizji przemysłowej, anteny, zewnętrzne części klimatyzatorów, neony, szyldy reklamowe, lampy i oprawy świetlne zewnętrzne oraz inne zamontowane na stałe urządzenia i elementy.
3. Allianz odpowiada za **szkody** określone w ust. 1 wyłącznie pod warunkiem, że:
 - 1) mienie określone w ust. 1 i 2 zostało objęte ochroną ubezpieczeniową w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych;
 - 2) teren, na którym znajdują się **budynki i budowle** jest ogrodzony, oświetlony po zmroku i pod stałym dozorem poza godzinami pracy **Ubezpieczającego** lub
 - 3) urządzenia i przedmioty są zamocowane na dachu **budynku** lub **budowli** lub na wysokości nie mniejszej niż 2,5 m od poziomu terenu (niniejsze postanowienie nie dotyczy siłowników bram).
4. Maksymalny limit odpowiedzialności wynosi 20 000 zł.
5. **Franszyza redukcyjna** w **szkodzie** wynosi:
 - 1) 500 zł w pierwszej **szkodzie** w **okresie ubezpieczenia**;
 - 2) 1 000 zł w każdej kolejnej **szkodzie** w **okresie ubezpieczenia**.

KLAUZULA NR 23 – KLAUZULA UBEZPIECZENIA KRADZIEŻY ZWYKŁEJ

Niniejszą klauzulę stosuje się w **ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem lub rabunku**.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową mienie ubezpieczone od kradzieży z włamaniem i rabunku o **szkody** będące następstwem **kradzieży zwykłej** z wnętrza **budynku/lokalu**.
2. Odpowiedzialność Allianz w zakresie niniejszej klauzuli nie obejmuje **szkód** w:
 - 1) **wartościach pieniężnych**;
 - 2) przenośnym **sprzęcie elektronicznym**;
 - 3) **mieniu pracowniczym**;
 - 4) mieniu znajdującym się poza **budynkiem/lokałem**.
3. Maksymalny limit odpowiedzialności wynosi 5 000 zł.
4. **Franszyza redukcyjna** w **szkodzie** wynosi:
 - 1) 300 zł w pierwszej **szkodzie** w **okresie ubezpieczenia**;
 - 2) 1 000 zł w każdej kolejnej **szkodzie** w **okresie ubezpieczenia**.

KLAUZULA NR 24 – KLAUZULA ZAŁADUNKU I WYŁADUNKU

Niniejszą klauzulę stosuje się **w ubezpieczeniu mienia w transporcie (cargo)**.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że ochrona ubezpieczeniowa mienia w transporcie (cargo) obejmuje **szkody** polegające na uszkodzeniu lub zniszczeniu ubezpieczonego mienia wskutek uderzenia lub uszkodzenia przez urządzenia załadunkowe oraz na skutek upadku spowodowanego przez te urządzenia podczas **załadunku** na środek transportu i w związku z tym **załadunkiem** oraz podczas **wyładunku** ze środka transportu i w związku z tym **wyładunkiem**.
2. Uniesienie ubezpieczonego mienia w miejscu składowania nadawcy w celu bezpośredniego umieszczenia na środku transportu uznaje się za początek **załadunku**, natomiast umieszczenie i zamocowanie ubezpieczonego mienia na środku transportu uznaje się za jego zakończenie.
3. Rozpoczęcie usuwania mocowań transportowych uznaje się za początek **wyładunku**, natomiast umieszczenie ubezpieczonego mienia w miejscu składowania odbiorcy, bezpośrednio po zdjęciu ze środka transportu, uznaje się za zakończenie **wyładunku**.
4. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje **szkód** powstałych podczas **załadunku i wyładunku** dokonywanego:
 - 1) przez osoby nie posiadające uprawnień wymaganych odpowiednimi przepisami prawa;
 - 2) przy użyciu urządzeń niesprawnych lub nie posiadających ważnych badań technicznych.
5. **Franszyza redukcyjna** dla każdej **szkody** wynosi 400 zł, o ile nie umówiono się inaczej.
6. Maksymalny limit odpowiedzialności niniejszej klauzuli na jedno i wszystkie zdarzenia w **okresie ubezpieczenia** określony jest w **Umowie**.

KLAUZULA NR 25 – KLAUZULA UBEZPIECZENIA SPRZĘTU NA STAŁE ZAINSTALOWANEGO W POJAZDACH

Niniejszą klauzulę stosuje się **w ubezpieczeniu sprzętu elektronicznego**.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że zakres ubezpieczenia sprzętu elektronicznego rozszerza się o **szkody w sprzęcie elektronicznym** na stałe zainstalowanym w pojazdach samochodowych.
2. Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową **szkody** powstałe wskutek **kradzieży z włamaniem z pojazdu** pod warunkiem, że spełnione zostały wymogi dotyczące prawidłowego zabezpieczenia zgodnie z Załącznikiem nr II.
3. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody**:
 - 1) powstałe w wyniku wypadku pojazdu, jeżeli wypadek był spowodowany złym stanem technicznym pojazdu należącego do **Ubezpieczonego**, o ile miało to wpływ na powstanie lub wielkość **szkody**;
 - 2) objęte ubezpieczeniem autocasco pojazdu albo odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego.
4. **Franszyza redukcyjna** w każdej **szkodzie** wynosi 300 zł.
5. Maksymalny limit odpowiedzialności niniejszej klauzuli na jedno i wszystkie zdarzenia w **okresie ubezpieczenia** określony jest w **Umowie**.

KLAUZULA NR 26A – KLAUZULA ROZSZERZENIA ZAKRESU TERYTORIALNEGO – UE

Niniejszą klauzulę stosuje się **w ubezpieczeniu sprzętu elektronicznego**.

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową **szkody** w przenośnym **sprzęcie elektronicznym** używanym do prac służbowych przez **Ubezpieczonego** lub jego **pracowników** poza miejscem ubezpieczenia, powstałe na terytorium państw Unii Europejskiej oraz na terytorium Szwajcarii, Islandii, Norwegii, Andory, Lichtensteinu, Monako, Watykanu i San Marino.

KLAUZULA NR 26B – KLAUZULA ROZSZERZENIA ZAKRESU TERYTORIALNEGO – CAŁY ŚWIAT

Niniejszą klauzulę stosuje się **w ubezpieczeniu sprzętu elektronicznego**.

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU oraz klauzuli nr 26A, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową **szkody** w przenośnym **sprzęcie elektronicznym** używanym do prac służbowych przez **Ubezpieczonego** lub jego **pracowników** poza miejscem ubezpieczenia, powstałe na terytorium państw innych niż terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz państw wymienionych w klauzuli nr 26A.

KLAUZULA NR 27 – KLAUZULA REZYGNACJI Z WYKAZU DROBNEGO SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO

Niniejszą klauzulę stosuje się **w ubezpieczeniu sprzętu elektronicznego**.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że w odniesieniu do **sprzętu elektronicznego**, którego jednostkowa suma ubezpieczenia ustalona zgodnie z postanowieniami OWU nie przekracza 5 000 zł oraz pod warunkiem objęcia ubezpieczeniem całego posiadanego **sprzętu elektronicznego** Allianz rezygnuje z obowiązku zatęczenia przez **Ubezpieczającego** wykazu ubezpieczonego **sprzętu elektronicznego**, o którym mowa w § 69 ust. 1 i 3.
2. Górną granicą odpowiedzialności Allianz w odniesieniu do pojedynczego sprzętu elektronicznego, dla którego na podstawie niniejszej klauzuli nie sporządzono wykazu, jest kwota 5 000 zł, jednak nie więcej niż wartość tego sprzętu.
3. Jeżeli wartość uszkodzonego sprzętu przekracza kwotę 5 000 zł, odpowiedzialność Allianz wynosi maksymalnie 5 000 zł.

KLAUZULA NR 28 – KLAUZULA TYMCZASOWEGO MAGAZYNOWANIA LUB PRZERWY W EKSPLOATACJI SPRZĘTU

Niniejszą klauzulę stosuje się **w ubezpieczeniu sprzętu elektronicznego**.

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczenia sprzętu elektronicznego i przyjmuje odpowiedzialność za **szkody** z tytułu utraty lub uszkodzenia **sprzętu elektronicznego**, który wcześniej sprawny technicznie i eksploatowany pozostaje tymczasowo nieużytkowany lub magazynowany w miejscu ubezpieczenia wskazanym w Umowie.
2. Przez termin „tymczasowo” rozumie się nieprzerwany okres nieprzekraczający 6 miesięcy.
3. **Ubezpieczony** zobowiązany jest w terminie 30 dni roboczych od dnia zajścia zmian powiadomić Allianz o dacie rozpoczęcia tymczasowego magazynowania lub przerwy w eksploatacji. Zaniechanie tego obowiązku powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej sprzętu ubezpieczonego na podstawie niniejszej klauzuli.
4. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za sprzęt magazynowany w celach handlowych lub najmu.

ŚRODKI BEZPIECZEŃSTWA

§ 1 OGÓLNE WYMOGI BEZPIECZEŃSTWA

1. **Ubezpieczony** zobowiązany jest do przestrzegania powszechnie obowiązujących przepisów, w tym przepisów prawa budowlanego, ochrony przeciwpożarowej, BHP, eksploatacji i konserwacji **budynków/lokalu** i **elementów działki**, budowy i eksploatacji urządzeń technicznych, wykonywania dozoru technicznego nad urządzeniami oraz wykonywanie zobowiązań wymienionych w Umowie.
2. **Ubezpieczony** zobowiązany jest do utrzymywania w należytym stanie technicznym, bieżącej konserwacji i niezwłocznego dokonywania napraw w instalacjach i urządzeniach służących do doprowadzania i odprowadzania pary wodnej, wody lub innych cieczy oraz stosowania środków zapobiegających zamarzaniu, między innymi poprzez zapewnienie w sezonie grzewczym należytego ogrzewania **budynku/lokalu**, a w przypadku braku możliwości zapewnienia odpowiedniej temperatury, zakręcenie zaworów i spuszczenie wody z instalacji.
3. **Ubezpieczony** zobowiązany jest do utrzymywania przedmiotu ubezpieczenia w należytym stanie technicznym, zapewnienia konserwacji i użytkowania zgodnie z zaleceniami producenta.
4. **Ubezpieczony** zobowiązany jest do stosowania wszystkich zabezpieczeń przeciwkradzieżowych i przeciwpożarowych zadeklarowanych w Umowie oraz ich serwisowania zgodnie z zaleceniami producenta.

§ 2 KONSTRUKCJA BUDYNKÓW I LOKALI

1. Ubezpieczone mienie musi znajdować się w **budynku/lokalu** wykonanym z materiałów i w technologii właściwej dla danego typu obiektu, zgodnie z przepisami prawa budowlanego.
2. **Budynek/lokal** oraz jego elementy konstrukcyjne, takie jak: sufity, ściany, podłogi, dachy muszą być w należytym stanie technicznym o konstrukcji, której zniszczenie lub pokonanie nie jest możliwe bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów użycia siły lub narzędzi.
3. Wszystkie otwory w ścianach, sufitach, podłogach i dachach muszą być zabezpieczone w sposób uniemożliwiający dostęp do **budynku/lokalu** bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów użycia siły lub narzędzi.
4. Jeżeli **budynek/lokal**, w którym znajduje się ubezpieczone mienie, połączony jest z innym **budynkiem** lub **lokałem**, użytkowanym przez **osobę trzecią**, drzwiami, oknem lub innym otworem, to otwory te muszą być zabezpieczone zgodnie z wymogami stawianymi dla drzwi, okien i otworów zewnętrznych.
5. **Budynki/lokale** wykonane w całości lub w części z siatki drucianej lub innych konstrukcji ażurowych, a także z brezentu i powłok z tworzyw sztucznych (**budowle** pneumatyczne, namioty, tunele foliowe), nie są uważane za należące zabezpieczone.

§ 3 KONSTRUKCJA I ZABEZPIECZENIE DRZWI

1. Wszystkie drzwi zewnętrzne do **budynku/lokalu** muszą być w należytym stanie technicznym oraz tak skonstruowane, osadzone w elementach konstrukcyjnych **budynku** oraz zamknięte, że ich wyłamanie, wyważenie lub otwarcie nie może być możliwe bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów ich użycia albo bez użycia podrobionych lub dopasowanych kluczy.
2. Jeżeli drzwi są wyposażone w sztaby, skoble lub zawiasy zewnętrzne, to muszą one być wmurowane w ściany lub przytwierdzone zaklinowanymi śrubami lub zamocowanymi w inny sposób od wewnątrz **budynku/lokalu**, a ich wyłamanie lub wyważenie nie może być możliwe bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów ich użycia.
3. Jeżeli zewnętrzne drzwi **budynku/lokalu** posiadają dwa skrzydła, to jedno z nich musi być unieruchomione przy pomocy zasuw blokujących skrzydło od góry i od dołu. Zasuwki muszą znajdować się od wewnątrz **budynku/lokalu**.
4. W zależności od zastosowanych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych drzwi zewnętrzne do **budynku/lokalu** muszą być zamknięte

i zabezpieczone zgodnie z wymogami w określonych w Tabeli nr 1. Minimalne wymagane zabezpieczenie drzwi zewnętrznych stanowi zamknięcie na co najmniej:

Tabela nr 1

Minimalne wymagane zabezpieczenie drzwi	Zabezpieczenie przeciwkradzieżowe
jeden zamek wielozastawkowy lub jedną któdkę wielozastawkową lub jeden zamek zabezpieczony złożonym kodem dostępu (karta magnetyczna, kod cyfrowy, czytnik biologiczny)	jeżeli ustanowiono stały dozór budynku/lokalu po godzinach pracy lub urzędowania
jeden zamek wielozastawkowy lub jedną któdkę wielozastawkową lub jeden zamek zabezpieczony złożonym kodem dostępu (karta magnetyczna, kod cyfrowy, czytnik biologiczny)	jeżeli zainstalowano i włączono po godzinach pracy lub urzędowania system alarmowy
dwa różne zamki wielozastawkowe lub dwie różne któdkę wielozastawkowe zawieszona na oddzielnych skoblach lub jeden zamek wielozastawkowy i jedną któdkę wielozastawkową lub jeden zamek o podwyższonej odporności na włamanie potwierdzonej atestem lub certyfikatem, świadectwem kwalifikacji jakości lub innym dokumentem wydanym przez upoważnioną do certyfikacji jednostkę lub jeden zamek wielopunktowy, powodujący zablokowanie drzwi poprzez co najmniej dwa rygle w różnych punktach ościeżnicy lub drzwi antywłamaniowe posiadające atest Instytutu Mechaniki Precyzyjnej lub innej jednostki uprawnionej do certyfikacji	jeżeli nie ustanowiono zabezpieczeń lub zabezpieczenia nie spełniają definicji statego dozoru i systemu alarmowego

5. Jeżeli drzwi zewnętrzne **budynku/lokalu** są oszklone, a wielkość oszklenia umożliwia wejście sprawcy do wnętrza budynku/lokalu w przypadku stłuczenia szyby, to drzwi uznaje się za odpowiednio zabezpieczone, jeżeli oszklenie spełnia wymogi zawarte w § 4 niniejszego załącznika z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Drzwi oszklone nie mogą być wyposażone w zamki lub zasuwki, które mogą zostać otwarte bez użycia klucza, przez otwór wybity w oszkleniu. Taki zamek lub zasuwka nie są zaliczane jako zabezpieczenie spełniające minimalne wymagania zabezpieczenia mienia.

§ 4 KONSTRUKCJA I ZABEZPIECZENIE OKIEN

1. Wszystkie zewnętrzne oszklone otwory **budynku/lokalu** muszą być w należytym stanie technicznym oraz tak skonstruowane, osadzone w elementach konstrukcyjnych **budynku** oraz zamknięte, że ich wyłamanie, wyważenie, wybite lub otwarcie nie może być możliwe bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów ich użycia.
2. Okna i inne otwory zewnętrzne w **budynkach/lokalach**, znajdujące się w piwnicach, suterrenach lub na parterze, a także na wyższych kondygnacjach, gdy możliwy jest do nich dostęp ze znajdujących się pod nimi lub obok nich tarasów, przybudówek, balkonów, drabinek, drzew, wiatrołapów, daszków, piorunochronów, w zależności od zastosowanych dodatkowych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, muszą być zabezpieczone:
 - 1) szybami wzmocnionymi klasy P3A lub wyższej, posiadającymi atest Instytutu Mechaniki Precyzyjnej lub innej jednostki uprawnionej do certyfikacji lub
 - 2) kratami, kratami żaluzjowymi o takiej konstrukcji, tak złożonych i zamkniętych, aby przedostanie się do wnętrza **budynku/lokalu** nie było możliwe bez uprzedniego ich usunięcia lub uszkodzenia przy pomocy siły lub narzędzi lub
 - 3) roletami antywłamaniowymi posiadającymi atest Instytutu Mechaniki Precyzyjnej lub innej jednostki uprawnionej do certyfikacji lub roletami antywłamaniowymi wykonanymi

- z aluminium z wypełnieniem żywicą poliestrową lub ze stali, zabezpieczonymi przed podniesieniem automatem ryglującym, zasuwką lub zamkiem, osadzonymi we wzmocnionych prowadnicach (stal lub stopy aluminium z dodatkowymi wzmocnieniami).
3. Postanowień ust. 2 nie stosuje się, gdy w **budynku/lokalu**:
- 1) ustanowiono **stały dozór budynku/lokalu** po godzinach pracy lub urzędowania lub
 - 2) zainstalowano i włączono po godzinach pracy lub urzędowania **system alarmowy**.

§ 5 PRZECHOWYWANIE WARTOŚCI PIENIĘŻNYCH

1. **Wartości pieniężne** powinny być przechowywane w urządzeniach lub pomieszczeniach służących do przechowywania **wartości pieniężnych** spełniających warunki techniczne określone w przepisach prawa regulujących zasady i wymagania, jakim powinna odpowiadać ochrona wartości pieniężnych przechowywanych i transportowanych przez przedsiębiorców i inne jednostki organizacyjne.
2. Urządzenia do przechowywania **wartości pieniężnych**, szafy sejfowe, szafy stalowe o wadze poniżej 300 kg muszą być trwale przymocowane do podłogi lub ściany **budynku/lokalu**.
3. Pomieszczenia i urządzenia przeznaczone do przechowywania **wartości pieniężnych** oraz **systemy alarmowe** muszą być w należyłym stanie technicznym, zamknięte w sposób przewidziany konstrukcją, w tym na wszystkie zamki, a systemy alarmowe włączone.

§ 6 TRANSPORT WARTOŚCI PIENIĘŻNYCH

1. **Wartości pieniężne** objęte ubezpieczeniem w czasie transportu (przenoszenie lub przewożenie) powinny być transportowane z zachowaniem przepisów prawa regulujących zasady i wymagania, jakim powinna odpowiadać ochrona wartości pieniężnych przechowywanych i transportowanych przez przedsiębiorców i inne jednostki organizacyjne.
2. Transport **wartości pieniężnych** może być wykonywany pieszo z zachowaniem łącznie wszystkich poniższych warunków:
 - 1) wykonywany jest wyłącznie, gdy transport samochodowy jest nieuzasadniony z uwagi na niewielką odległość transportowania;
 - 2) wykonywany jest najkrótszą trasą z zastrzeżeniem pkt 3;
 - 3) wykonywany jest z wyłączeniem tras prowadzących przez parki, lasy, podwórkę;
 - 4) nie jest wykonywany z wykorzystaniem środków komunikacji zbiorowej.
3. Informacje dotyczące transportu **wartości pieniężnych** powinny mieć charakter poufny, a czas wykonywania cyklicznych transportów powinien ulegać zmianie.

§ 7 ZABEZPIECZENIE KLUCZY

1. Wszystkie klucze do zamków i kłódek, urządzeń do przechowywania **wartości pieniężnych**, karty i kody dostępu, piloty do zamknięć i alarmów **budynków/lokalu**, ich wewnętrznych pomieszczeń, klatek schodowych i korytarzy powinny być w wyłącznym posiadaniu **Ubezpieczonego** lub osób uprawnionych do ich przechowywania i powinny być przechowywane w sposób chroniący je przed kradzieżą i dostępem do nich osób nieuprawnionych.
2. W razie zagubienia lub zaginięcia kluczy (także zapasowych) **Ubezpieczony** zobowiązany jest do niezwłocznej wymiany zamków na własny koszt.

§ 8 ZABEZPIECZENIE TRANSPORTOWANEGO MIENIA

1. Pojazd, którym transportowane jest mienie musi posiadać twardy dach (jednolita, sztywna konstrukcja) i być wyposażony w sprawny alarm antywłamaniowy.

2. W trakcie postoju pojazdu, pojazd oraz wszystkie okna i inne otwory pozwalające na dostęp do jego wnętrza muszą zostać w prawidłowy sposób zamknięte na zamek, a alarm uruchomiony.
3. Ubezpieczone przedmioty muszą być przechowywane w sposób uniemożliwiający ich zobaczenie z zewnątrz pojazdu.
4. W godzinach 22.00 – 6.00 pojazd pozostawiony bez opieki osoby dokonującej przewozu musi zostać zaparkowany:
 - 1) na parkingu strzeżonym – plac strzeżony, znajdujący się pod **stałym dozorem** osób profesjonalnie zajmujących się ochroną mienia; teren parkingu musi być ogrodzony i oświetlony w porze nocnej, a wjazd na teren parkingu musi być zabezpieczony w sposób mający na celu uniemożliwienie wjazdu/wyjazdu pojazdem mechanicznym przez osobę nieupoważnioną,
 - 2) w garażu zamkniętym na co najmniej jeden **wielozastawkowy zamek/kłódkę**, zdalnie sterowaną automatyczną bramę garażową lub ręcznie ryglowaną bramę garażową, jeżeli nie jest możliwe jej otwarcie z zewnątrz bez użycia siły lub narzędzi.
5. Kierujący pojazdem zobowiązany jest do zabrania z pojazdu dowodu rejestracyjnego, kluczyków, kart kodu dostępu i pilotów oraz dokumentów ładunkowych w przypadku oddalenia się od pojazdu, niezależnie od odległości i czasu, na jaki się oddalił.

§ 9 ZABEZPIECZENIE LOKALI W CENTRACH HANDLOWYCH LUB BUDYNKACH BIUROWYCH

1. **Lokale** znajdujące się w budynkach biurowych, centrach handlowych lub handlowo-rozrywkowych, w których wykonywany jest **stały dozór** przez podmiot świadczący usługi ochrony i dozoru mienia, uznaje się za wystarczająco zabezpieczone, jeżeli drzwi do **lokalu**, w którym znajduje się ubezpieczone mienie, są zamknięte na co najmniej jeden **zamek wielozastawkowy** lub co najmniej jeden zamek zabezpieczony złożonym kodem dostępu (karta magnetyczna, kod cyfrowy, czytnik biologiczny).
2. W przypadku lokali, o których mowa ust. 1 powyżej, przez **stały dozór** należy rozumieć również bezpośredni dozór w miejscu ubezpieczenia obejmujący lokal, w którym znajduje się ubezpieczone mienie, pełniony przez osoby zatrudnione przez właściciela lub zarządcę budynku, w którym znajduje się lokal, lub przez podmiot świadczący usługi ochrony i dozoru mienia, z którym właściciel lub zarządca budynku podpisał umowę o świadczenie takich usług.

§ 10 ZABEZPIECZENIE POJAZDÓW NA PLACU

1. Plac, na którym znajdują się ubezpieczone pojazdy stanowiące **środki obrotowe** lub **mienie osób trzecich**, musi spełniać wszystkie wskazane poniżej warunki:
 - 1) objęty jest całodobowym **stałym dozorem**, a osoba pełniąca dozór posiada łączność telefoniczną (komórkową lub stacjonarną) z ośrodkiem zapewniającym pomoc (licencjonowana agencja ochrony mienia, policja);
 - 2) jest otoczony ogrodzeniem w należyłym stanie technicznym na podmurówce;
 - 3) jest oświetlony od zmierzchu do świtu;
 - 4) bramy wjazdowe na teren placu muszą być zabezpieczone w sposób uniemożliwiający wyjazd przez osobę nieuprawnioną, a po godzinach pracy zamykane na co najmniej jeden **zamek wielozastawkowy**, jedną **kłódkę wielozastawkową** lub automatyczny system zamykania.
2. Ubezpieczone pojazdy oraz wszystkie okna i inne otwory, pozwalające na dostęp do ich wnętrza, muszą zostać w prawidłowy sposób zamknięte na zamek, a alarm i pozostałe systemy zabezpieczeniowe muszą być sprawne i uruchomione.
3. Kluczyki do ubezpieczonych pojazdów muszą znajdować się w pomieszczeniu zamkniętym na co najmniej jeden **zamek wielozastawkowy** lub w sejfie, szafie stalowej przymocowanej na stałe do elementów konstrukcyjnych **budynku**.

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POJAZDÓW

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 3 ust. 1-3, 6-7; § 4 ust. 1-3; § 5; § 6; § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2; § 3 ust. 4-7; § 4 ust. 4-6; § 5 ust. 2-4; § 6 ust. 2-4; § 7 ust. 2-4

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Strony postanawiają wprowadzić do Umowy zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Bezpieczny Biznes, zwanych dalej OWU, postanowienia zawarte w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia pojazdów, zwanych dalej SWU, które stosuje się do Umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej „Allianz” z osobami fizycznymi, w tym także osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi lub innymi jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi, mającymi zdolność do czynności prawnych.
2. Umowa może zostać zawarta w oparciu o postanowienia SWU pod warunkiem wprowadzenia stosownej informacji w Umowie.
3. Postanowienia niniejszych SWU mają charakter szczególny w stosunku do postanowień OWU, na podstawie których zawierana jest Umowa. W przypadku sprzeczności postanowień OWU z postanowieniami SWU, stosuje się postanowienia niniejszych SWU. W pozostałym zakresie niezmienionym niniejszymi SWU stosuje się postanowienia OWU.

§ 2 DEFINICJE

1. Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych SWU, które zostały zdefiniowane w OWU, są stosowane w takim samym znaczeniu w niniejszych SWU, zawartej na ich podstawie Umowie oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy.
2. Przez wymienione w niniejszych SWU pojęcia należy rozumieć:
 - 1) **kradzież z włamaniem** – dokonanie lub usiłowanie dokonania zaboru ubezpieczonego mienia w celu przywłaszczenia ubezpieczonego mienia:
 - a) z wnętrza **budynku, lokalu** po uprzednim usunięciu lub zniszczeniu przez sprawcę zabezpieczenia przy użyciu narzędzi lub siły, z pozostawieniem śladów włamania na tych zabezpieczeniach, które stanowią dowód użycia siły lub narzędzi,
 - b) z wnętrza **budynku, lokalu** po otwarciu przez sprawcę zabezpieczenia podrobionym kluczem, innym narzędziem lub kluczem oryginalnym, który sprawca zdobył w wyniku kradzieży z włamaniem do innego **budynku lub lokalu** lub w wyniku **rabunku**,
 - c) z wnętrza **budynku, lokalu** po ukryciu się sprawcy w **budynku/lokalu** w godzinach otwarcia i dokonaniu kradzieży po zamknięciu budynku/lokalu, gdy sprawca pozostawił widoczne ślady opuszczania **budynku/lokalu**,
 - d) z placu w miejscu ubezpieczenia przez sprawcę, który pokonał zabezpieczenia placu składowego bez usunięcia tych zabezpieczeń; także bez pomocy narzędzi jeśli wskazują na to dowody potwierdzające sposób pokonania zabezpieczeń;
 - 2) **pojazdy nowe** – fabrycznie nowe i niezarejestrowane pojazdy samochodowe stanowiące **środki obrotowe**;
 - 3) **pojazdy używane** – używane lub zarejestrowane (o ile pojazd podlega obowiązkowi rejestracji) pojazdy samochodowe stanowiące **środki obrotowe**;
 - 4) **pojazdy osób trzecich** – pojazdy samochodowe stanowiące **mienie osób trzecich**;
 - 5) **wartość rynkowa pojazdu** – wartość pojazdu danej marki, typu i roku produkcji, z uwzględnieniem wyposażenia pojazdu, przebiegu, stanu technicznego oraz sposobu jego uprzedniego użytkowania i wcześniejszych napraw, ustalona na podstawie katalogu Info – Ekspert.

§ 3 POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE DO MODUŁU UBEZPIECZENIA MIENIA OD POŻARU I INNYCH ZDARZEŃ LOSOWYCH

1. Odmienne od postanowień § 30 ust. 1 i § 33 ust. 1 pkt 15 OWU oraz z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu, w ramach ubezpieczenia **środków obrotowych** oraz **mienia osób trzecich**, przedmiotem ubezpieczenia w ubezpieczeniu mienia od pożaru i innych zdarzeń losowych mogą również być **pojazdy** znajdujące się wewnątrz **budynku** lub na placu poza **budynkiem** w miejscu ubezpieczenia wskazanym w Umowie.
2. Mienie wymienione powyżej objęte jest ochroną ubezpieczeniową od **szkód** będących bezpośrednim następstwem zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia w zależności od wariantu wybranego

na podstawie § 32 OWU, zgodnie z pozostałymi postanowieniami OWU i z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.

3. Zakres ubezpieczenia pojazdów znajdujących się poza budynkami, do wysokości ustalonego w Umowie limitu odpowiedzialności, może zostać rozszerzony o **szkody** powstałe wskutek **gradu, wiatru i upadku drzew lub budowli**.
4. Bez względu na wybrany wariant Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody**:
 - 1) w **pojazdach** powstałe wskutek **uderzenia pojazdu** lub uderzenia ubezpieczonego **pojazdu** w inny **pojazd** lub mienie;
 - 2) w **pojazdach** wyrejestrowanych, zarejestrowanych poza Rzeczypospolitą Polską, zarejestrowanych tymczasowo lub jako **pojazdy** zabytkowe;
 - 3) w **pojazdach** przeznaczonych na złom lub **pojazdach** niefabrycznych;
 - 4) w mieniu znajdującym się wewnątrz ubezpieczonych **pojazdów** niestanowiącym jego wyposażenia,
 - 5) w trakcie ich transportu, załadunku lub wyładunku;
 - 6) w **pojazdach** podlegających naprawom blacharskim;
 - 7) w **pojazdach osób trzecich**, dla których **Ubezpieczony** nie posiada dokumentów potwierdzających ich przyjęcie przez **Ubezpieczonego**;
 - 8) objęte zakresem obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, również jeżeli obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia nie został spełniony.
5. O ile zakres ubezpieczenia nie został rozszerzony za opłatą dodatkowej składki, odpowiedzialność Allianz nie obejmuje **szkód**:
 - 1) powstałych wskutek **gradu, wiatru** lub **upadku drzewa lub budowli** w **pojazdach** znajdujących się poza budynkami, bez względu na to, czy stanowią **środki obrotowe**, czy **mienie osób trzecich**, zgodnie z ust. 3;
 - 2) polegających na stłuczeniu lub pęknięciu szyb lub reflektorów w **pojazdach**, z zastrzeżeniem iż wyłączenie nie ma zastosowania, gdy do **szkody** doszło w następstwie zdarzenia określonego w § 32 ust. 2 pkt. 1-2 OWU, o ile objęte są zakresem ubezpieczenia;
 - 3) w **pojazdach** wskutek **wandalizmu**;
 - 4) wyrządzonych przez zwierzęta;
 - 5) wyrządzonych przez **pracowników Ubezpieczonego**.
6. Ubezpieczający ustala odrębne sumy ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności:
 - 1) dla **pojazdów nowych** w **budynku** oraz **pojazdów nowych** poza **budynkami** – według ceny zakupu lub kosztów wytworzenia na sumy stałe;
 - 2) dla **pojazdów używanych** w **budynku, pojazdów używanych** poza **budynkami** – według **wartości rynkowej pojazdu** na pierwsze ryzyko;
 - 3) dla pozostałych **środków obrotowych** niestanowiących pojazdów – zgodnie z zasadami przewidzianymi w OWU dla **środków obrotowych**;
 - 4) dla **pojazdów osób trzecich** w **budynkach** oraz **pojazdów osób trzecich** poza **budynkami** – według **wartości rynkowej pojazdu** na pierwsze ryzyko;
 - 5) dla pozostałego mienia osób trzecich niestanowiącego pojazdów – zgodnie z zasadami przewidzianymi w OWU dla **mienia osób trzecich**;
 - 6) dla ryzyka **gradu, wiatru i upadku drzewa lub budowli** – na pierwsze ryzyko;
 - 7) dla ryzyka **wandalizmu pojazdów** – na pierwsze ryzyko.
7. W ubezpieczeniu pojazdów od pożaru i innych zdarzeń losowych zastosowanie ma **franszyza redukcyjna** w wysokości:
 - 1) 10% wartości **szkody**, jednak nie mniej niż 1 000 zł dla **szkód** w **pojazdach** znajdujących się poza budynkami;
 - 2) 500 zł dla **szkód** w **pojazdach** znajdujących się w **budynkach**.

§ 4 POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE DO MODUŁU UBEZPIECZENIA MIENIA OD KRADIEŻY Z WŁAMANIEM I RABUNKU

1. Odmienne od postanowień § 42 ust. 1 i § 45 ust. 2 pkt 9 OWU oraz z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu, w ramach ubezpieczenia **środków obrotowych** oraz **mienia osób trzecich**, przedmiotem ubezpieczenia w ubezpieczeniu mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku mogą również być **pojazdy** znajdujące się wewnątrz budynku lub na placu poza budynkiem w miejscu ubezpieczenia wskazanym w Umowie.
2. Mienie wymienione powyżej objęte jest ochroną ubezpieczeniową od **szkód** będących bezpośrednim następstwem **kradzieży z włamaniem** lub **rabunku**.

3. **Pojazdy** znajdujące się na placu poza budynkami objęte są ochroną ubezpieczeniową również wskutek kradzieży z placu.
4. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody**:
- 1) w **pojazdach** zabezpieczonych niezgodnie z postanowieniami dotyczącymi minimalnych wymogów zabezpieczenia, określonymi w Załączniku nr II do OWU, chyba że nie miało to wpływu na powstanie **szkody**;
 - 2) w **pojazdach** wyrejestrowanych, zarejestrowanych poza Rzeczpospolitą Polską, zarejestrowanych tymczasowo lub jako **pojazdy** zabytkowe;
 - 3) w **pojazdach** przeznaczonych na złom lub pojazdach niefabrycznych;
 - 4) w mieniu znajdującym się wewnątrz ubezpieczonych **pojazdów** nie stanowiącym jego wyposażenia;
 - 5) w trakcie ich transportu, załadunku lub wyładunku;
 - 6) w **pojazdach** podlegających naprawom blacharskim;
 - 7) w **pojazdach osób trzecich**, dla których **Ubezpieczony** nie posiada dokumentów potwierdzających ich przyjęcie przez **Ubezpiezonego**.
5. Ubezpieczający ustala odrębne sumy ubezpieczenia:
- 1) dla **pojazdów nowych** w **budynku** oraz **pojazdów nowych** poza **budynkami** – według ceny zakupu lub kosztów wytworzenia na sumy stałe;
 - 2) dla **pojazdów używanych** w **budynku**, **pojazdów używanych** poza **budynkami** i – według **wartości rynkowej pojazdu** na pierwsze ryzyko;
 - 3) dla pozostałych środków obrotowych niestanowiących **pojazdów** – zgodnie z zasadami przewidzianymi w OWU dla **środków obrotowych**;
 - 4) dla **pojazdów osób trzecich** w **budynkach** oraz **pojazdów osób trzecich** poza **budynkami** – według **wartości rynkowej pojazdu** na pierwsze ryzyko;
 - 5) dla pozostałego mienia osób trzecich niestanowiącego **pojazdów** – zgodnie z zasadami przewidzianymi w OWU dla **mienia osób trzecich**.
6. W ubezpieczeniu **pojazdów** od kradzieży z włamaniem i rabunku zastosowanie ma **franszyza redukcyjna** w wysokości:
- 1) 10% wartości **szkody**, jednak nie mniej niż 1 000 zł dla **szkód** w **pojazdach** znajdujących się poza **budynkami**;
 - 2) 500 zł dla **szkód** w **pojazdach** znajdujących się w **budynkach**.

§ 5 KLAUZULA UBEZPIECZENIA SZKÓD PRACOWNICZYCH

1. Pod warunkiem optacenia dodatkowej składki, z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i SWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej **pojazdów nowych** o **szkody** polegające na ich uszkodzeniu lub zniszczeniu przez **pracowników Ubezpiezonego**.
2. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody** powstałe wskutek **wandalizmu** dokonanego przez pracowników, a także za **szkody**, objęte zakresem obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, również jeżeli obowiązek zawarcia Umowy nie został spełniony.
3. Odpowiedzialność Allianz z tytułu **szkód** powstałych wskutek zdarzeń objętych niniejszą klauzulą ograniczony jest do wysokości limitu określonego w Umowie.
4. **Franszyza redukcyjna** dla **szkód** wyrządzonych przez **pracowników** wynosi 500 zł.

§ 6 KLAUZULA UBEZPIECZENIA SZYB W POJAZDACH OD STŁUCZENIA

1. Pod warunkiem optacenia dodatkowej składki, z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i SWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej **pojazdów nowych** o **szkody** polegające na stłuczeniu lub pęknięciu szyb pojazdów, przez które należy rozumieć:
 - 1) zamontowane na stałe szyby przednie, tylne, boczne pojazdu;
 - 2) szyberdachy i powierzchnie szklane dachu;
 - 3) lusterka zewnętrzne i wewnętrzne **pojazdu** oraz
 - 4) klosze reflektorów.
2. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody**:
 - 1) polegające na porysowaniu, odprysnięciu kawałka powierzchni, poplamieniu, zmianie barwy powierzchni, niewłaściwego wykonawstwa lub montażu;
 - 2) w szybach i przedmiotach szklanych powstałych w trakcie transportu, obróbki, montażu, wymiany w czasie prac remontowych, naprawczych lub przed ich ostatecznym zamontowaniem lub zainstalowaniem w miejscu przeznaczenia.
3. Odpowiedzialność Allianz z tytułu **szkód** powstałych wskutek zdarzeń objętych niniejszą klauzulą ograniczony jest do wysokości limitu określonego w Umowie.
4. **Franszyza redukcyjna** dla **szkód** polegających na stłuczeniu lub pęknięciu szyb w **pojazdach** wynosi 100 zł.

§ 7 KLAUZULA GUANA PTASIEGO

1. Pod warunkiem optacenia dodatkowej składki, z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i SWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej **pojazdów nowych**, **pojazdów używanych** oraz **pojazdów osób trzecich** o **szkody** polegające na uszkodzeniu **pojazdu** wskutek bezpośredniego działania guana ptasiego.
2. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **szkody**:
 - 1) polegające wyłącznie na zabrudzeniu, poplamieniu pojazdu;
 - 2) polegające na utracie wartości **pojazdu** wskutek wystąpienia **szkody**.
3. Odpowiedzialność Allianz z tytułu **szkód** powstałych wskutek zdarzeń objętych niniejszą klauzulą ograniczony jest do wysokości limitu określonego w Umowie.
4. **Franszyza redukcyjna** dla **szkód** powstałych wskutek działania guana ptasiego wynosi 100 zł

§ 8 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Niniejsze SWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 159/2018 z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA WSPÓLNOT MIESZKANIOWYCH I SPÓŁDZIELNI MIESZKANIOWYCH

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2; § 3; § 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2; § 3; § 4

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Strony postanawiają wprowadzić do Umowy zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Bezpieczny Biznes zwanych dalej OWU, postanowienia zawarte w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Wspólnot Mieszkaniowych i Spółdzielni Mieszkaniowych, zwanych dalej SWU, które stosuje się do Umów zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej „Allianz” z osobami fizycznymi, w tym także osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi lub innymi jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi, mającymi zdolność do czynności prawnych.
2. Umowa może zostać zawarta w oparciu o postanowienia SWU pod warunkiem wprowadzenia stosownej informacji w Umowie.
3. Postanowienia niniejszych SWU mają charakter szczególny w stosunku do postanowień OWU, na podstawie których zawierana jest Umowa. W przypadku sprzeczności postanowień OWU z postanowieniami SWU, stosuje się postanowienia niniejszych SWU. W pozostałym zakresie niezmienionym niniejszymi SWU stosuje się postanowienia OWU.

§ 2 POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE DO MODUŁU UBEZPIECZENIA MIENIA OD POŻARU I INNYCH ZDARZEŃ LOSOWYCH

1. W ramach ubezpieczenia budynku należącego do Wspólnoty Mieszkaniowej lub Spółdzielni Mieszkaniowej ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest również dla części wspólnych nieruchomości w rozumieniu Ustawy o własności lokali, części nieruchomości stanowiących mienie spółdzielni, które są przeznaczone do wspólnego korzystania przez osoby zamieszkujące w określonych budynkach w rozumieniu Ustawy o spółdzielniach mieszkaniowych, nie będących przedmiotem własności osób trzecich.
2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte stałe elementy wykończeniowe w lokalach, do których wyodrębniono prawo własności.

§ 3 POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE DO MODUŁU SZYB I INNYCH PRZEDMIOTÓW OD STŁUCZENIA

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte są **szyby i przedmioty szklane** znajdujące się w częściach wspólnych nieruchomości w rozumieniu Ustawy o własności lokali, częściach nieruchomości stanowiących mienie spółdzielni, które są przeznaczone do wspólnego korzystania przez osoby zamieszkujące w określonych budynkach w rozumieniu Ustawy o spółdzielniach mieszkaniowych, niebędących przedmiotem własności **osób trzecich**.
2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte **szyby i przedmioty szklane** w lokalach, do których wyodrębniono prawo własności.

§ 4 KLAUZULA UBEZPIECZENIA WIND OD AWARII

1. Pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy i SWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, iż ochroną ubezpieczeniową obejmuje się windy znajdujące się w ubezpieczonym budynku lub przynależne do niego od **szkód** będących bezpośrednim następstwem **awarii**, wynikającej z wady produkcyjnej, działania człowieka lub przyczyn eksploatacyjnych.
2. Klauzula obejmuje ochroną windy, o których mowa powyżej, które zostały zamontowane w miejscu ubezpieczenia i są nie starsze niż 15 lat licząc od daty ich wytworzenia do dnia zawarcia Umowy oraz których testy rozruchowe wymagane przepisami prawa i wytycznymi producenta zostały zakończone z wynikiem pozytywnym.
3. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana podczas pracy wind, jak również w stanie ich spoczynku, a także w czasie ich konserwacji, remontu okresowego (z wyłączeniem modernizacji) lub w okresie testów z nimi związanych, z zastrzeżeniem, że w przypadku demontażu ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana tylko wówczas, gdy zdemontowanie nastąpiło w związku z przeprowadzaniem ich czyszczeniem, przeglądem lub remontem okresowym – w tym przypadku ochrona ubezpieczeniowa trwa w trakcie wymienionych czynności, również w czasie przemieszczania urządzeń technicznych, maszyn i oprzyrządowania na terenie zakładu oraz podczas następującego niezwłocznie po nich ponownego ich montażu.
4. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje **szkód**:
 - 1) w częściach i materiałach eksploatacyjnych, które z uwagi na przeznaczenie i charakter pracy podlegają przyspieszonemu zużyciu lub regularnej wymianie w trakcie czynności konserwacyjnych zgodnie z dokumentacją techniczno-ruchową lub zaleceniami producenta;
 - 2) w przedmiotach będących prototypami;
 - 3) za które odpowiedzialna jest zidentyfikowana osoba trzecia: dostawca, producent lub wykonawca usługi;
 - 4) będących bezpośrednimi następstwami trwającej eksploatacji (normalne zużycie, erozja, korozja, rdza);
 - 5) spowodowanych zagubieniem lub przywłaszczeniem.
5. **Ubezpieczający** ustala w Umowie łączny limit odpowiedzialności w **okresie ubezpieczenia** na pierwsze ryzyko dla **szkód** objętych za kresem na podstawie niniejszej klauzuli.
6. **Franszyza redukcyjna** w każdej **szkodzie** wynosi 1 000 zł, o ile nie umówiono się inaczej.

§ 5 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Niniejsze SWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 160/2018 z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do Umów zawartych od dnia 1 stycznia 2019 roku.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

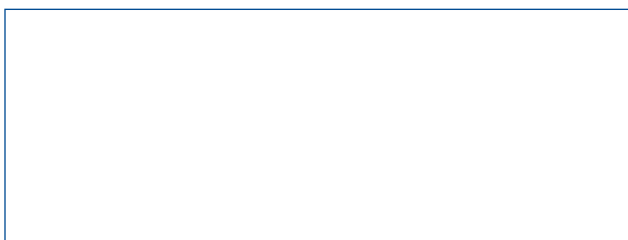
This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

TUIR Allianz Polska S.A.

ul. Inflancka 4B

00-189 Warszawa

Zadzwoń do Twojego agenta



Infolinia: 224 224 224*

www.allianz.pl

* opłata zgodnie z taryfą danego operatora

MOJA FIRMA

Przewodnik po ubezpieczeniu



W tabeli wskazujemy istotne informacje o o.w.u.

Pojęcia zdefiniowane w o.w.u. mają znaczenie nadane im w o.w.u. Ilekroć w tabeli poniżej wskazujemy na postanowienie, w którego treści odwołujemy się do pojęć zdefiniowanych w rozdziale 2.6., to każdorazowo dane postanowienie należy odczytywać łącznie z brzmieniem definicji pojęcia mającego zastosowanie do danego świadczenia.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	punkty: 3, 5-12, 14, 15, 17, 20-23, 25-36, 40-45, 47, 52, 54, 56-61, 63-65, 67-68, 70-72, 74-79, 81, 83-85, 88, 93-95, 113-114, 133.3-133.10, 136, 137-140, 142-146, 168-171 Informacje zawarte w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w rozdziale 2.6.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	punkty: 4-12, 16, 18-19, 22-24, 27, 29, 33-34, 36-39, 40.5, 41, 43, 45, 46, 48, 50-51, 53, 55, 59, 62, 65-66, 67, 69, 73, 74, 75, 77, 78-79, 80, 82, 83, 84, 86, 87, 89, 90-105, 106-107, 110, 113-114, 133.5, 135, 141, 143, 144.3, 144.4, 144.6, 144.8, 144.10, 144.11, 144.12, 145-150 Informacje zawarte w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w rozdziale 2.6.

Witaj w Allianz!

Dziękujemy za zaufanie i za wybór ubezpieczenia swojej firmy u nas.

Jesteśmy po to, aby chronić Ciebie i Twoją firmę przed skutkami szkód spowodowanych zdarzeniami, na które nie masz wpływu. Możesz polegać na naszym doświadczeniu. Jesteśmy z naszymi klientami od wielu lat – na każdym kroku.

The Allianz logo, featuring the word "Allianz" in a stylized, cursive script.

Spis treści

1. Wstęp do Twojego ubezpieczenia	6
2. Opis produktu i warunki ubezpieczenia	9
2.1. Co obejmuje ubezpieczenie	10
2.2. Ogólne wyłączenia odpowiedzialności	51
2.3. Obowiązki Twoje i Ubezpieczonego	56
2.4. Szkoda – i co dalej	65
2.5. Najważniejsze informacje dotyczące Twojego ubezpieczenia	74
2.6. Definicje	83
3. Przydatne wskazówki	94
4. Najczęściej zadawane pytania	99
5. Pomóż nam podnosić standardy	102

Wstęp do Twojego ubezpieczenia

[→ Spis treści](#)

Ubezpieczasz Twoją firmę w ramach kompleksowego ubezpieczenia Moja Firma w Allianz. Ten przewodnik zawiera ogólne warunki tego ubezpieczenia.

Na podstawie złożonego przez Ciebie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz ogólnych warunków ubezpieczenia (o.w.u.), które znajdują się w tym przewodniku, zawierasz z nami, czyli **Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółką Akcyjną** (Allianz), umowę. Umowa może być też zawarta poprzez przyjęcie przez Ciebie warunków oferty złożonej przez Allianz. Potwierdzeniem zawarcia umowy jest polisa.

W tych o.w.u. zawarliśmy informacje na temat:

- zakresu każdego pakietu (co obejmuje i czego nie obejmuje ubezpieczenie),
- obowiązków Twoich oraz Ubezpieczonego,
- procesu likwidacji szkód,
- najważniejszych elementów umowy,
- naszych danych kontaktowych,
- definicji pojęć, których używamy w tych o.w.u.

Gdy piszemy **Ty**, mamy na myśli **Ubezpieczającego**, czyli osobę, która zawiera umowę.

Gdy piszemy **Ubezpieczony**, mamy na myśli osobę, którą chronimy na podstawie zawartej umowy. Dokładną definicję Ubezpieczonego znajdziesz w rozdziale Definicje.

Gdy piszemy **my**, mamy na myśli Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółkę Akcyjną.

Gdy piszemy **umowa**, mamy na myśli umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie tych o.w.u.

1 WSTĘP DO TWOJEGO UBEZPIECZENIA

Zapoznaj się z rozdziałem Definicje, w którym wyjaśniamy pojęcia używane w tych o.w.u. Niektóre słowa zdefiniowaliśmy inaczej niż są powszechnie rozumiane. Jeśli definiujemy jakieś pojęcie, używając go w o.w.u., zawsze rozumiemy je zgodnie z tym, co opisaliśmy w rozdziale Definicje.

Jeśli masz pytania, skontaktuj się z nami:

- **przez telefon:** → 224 224 224*
- **lub przez naszą stronę internetową:** → www.allianz.pl.

* Opłata zgodna z taryfą danego operatora

Opis produktu i warunki ubezpieczenia

[→ Spis treści](#)

Co obejmuje ubezpieczenie

W naszej ofercie mamy 4 pakiety
ubezpieczenia Moja Firma
z różnym zakresem ochrony.

2.1

[→ Spis treści](#)

Z tego rozdziału dowiesz się:

- **co jest przedmiotem ubezpieczenia, a co nie może nim być,**
- **gdzie obowiązuje ubezpieczenie oraz co zawierają pakiety.**

1. Ubezpieczenie obejmuje tylko zakres pakietu, który wybierzesz. Dokładny zakres ubezpieczenia znajdziesz w tych o.w.u.

2. Możemy wprowadzić w umowie postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień zawartych w o.w.u. Takie postanowienia powinny być zaakceptowane przez obie strony (tj. przez Ciebie i przez nas).

Jaki jest przedmiot ubezpieczenia

3. Przedmiot ubezpieczenia to inaczej to, co obejmujemy ochroną. Ochroną ubezpieczeniową możemy objąć: mienie i odpowiedzialność cywilną.

- 3.1. Ubezpieczone mienie to mienie wskazane w przyjętej przez Ciebie ofercie lub we wniosku o zawarcie umowy, które stanowi własność Ubezpieczonego lub jest w jego posiadaniu na podstawie umowy cywilnoprawnej, lub innego tytułu prawnego i jest wykorzystywane przez Ubezpieczonego w związku z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą lub – w przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej – jest wynajmowane przez Ubezpieczonego innym podmiotom w celu prowadzenia działalności gospodarczej.

Przedmiotem ubezpieczenia mogą być:

- 1) budynki i budowle,
- 2) lokale,
- 3) elementy działki,
- 4) maszyny, urządzenia, wyposażenie,
- 5) środki obrotowe,
- 6) nakłady inwestycyjne,
- 7) wartości pieniężne,
- 8) mienie osób trzecich,
- 9) mienie pracownicze,
- 10) mienie podczas transportu.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 3.2. Odpowiedzialność cywilna obejmuje odpowiedzialność za szkody majątkowe i osobowe wyrządzone osobom trzecim przez Ubezpieczonego.
- 3.3. Assistance obejmuje organizację albo organizację i pokrycie kosztów usług assistance.
- 3.4. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wyłącznie interes majątkowy Ubezpieczonego:
 - 1) w ubezpieczeniu mienia – zabezpieczamy go przed koniecznością pokrycia szkód powstałych w związku z jego działalnością lub w związku z posiadaniem przez niego mieniem;
 - 2) w odpowiedzialności cywilnej – zabezpieczamy go przed koniecznością pokrycia szkód powstałych w związku z jego działalnością lub posiadaniem mieniem;
 - 3) w assistance – zabezpieczamy go przed koniecznością poniesienia kosztów usług w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

Co nie podlega ochronie ubezpieczeniowej

4. Niezależnie od wybranego przez Ciebie pakietu, ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy mienia, które wymieniamy poniżej.

- 4.1. Przedmioty wykorzystywane do prowadzenia działalności gospodarczej w miejscu ubezpieczenia, która nie została wskazana przez Ciebie we wniosku o zawarcie umowy lub opisana w przyjętej przez Ciebie ofercie.
- 4.2. Budynki, budowle, lokale, elementy działki wyłączone z eksploatacji oraz znajdujące się w nich mienie.
- 4.3. Budynki, budowle, lokale, elementy działki, które nie były użytkowane nieprzerwanie przez okres co najmniej 90 dni oraz znajdujące się w nich mienie.
- 4.4. Budynki, budowle, lokale, elementy działki, dla których wydano prawomocną decyzję o rozbiórce oraz znajdujące się w nich mienie.
- 4.5. Budynki, budowle, lokale, elementy działki, w których są prowadzone roboty budowlane wraz ze znajdującym się w nich mieniem, z wyjątkiem drobnych prac budowlano-montażowych.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 4.6. Mienie ruchome znajdujące się na wolnym powietrzu, zabezpieczone w sposób niezapobiegający jego zniszczeniu lub uszkodzeniu.
- 4.7. Materiały budowlane, które nie są środkami obrotowymi.
- 4.8. Budynki, budowle, lokale, elementy działki wzniesione lub użytkowane bez wymaganych prawem pozwoleń, wykonane bez projektu, niezgodnie z projektem lub na podstawie projektu, który nie został zatwierdzony przez właściwe organy, o ile istniał obowiązek wykonania i zatwierdzenia tego projektu, a także mienie znajdujące się w takich obiektach, o ile spowodowało to powstanie szkody lub zwiększenie jej rozmiaru oraz, o ile Ubezpieczony ponosi za to odpowiedzialność.
- 4.9. Mienie przechowywane lub magazynowane niezgodnie z jego właściwościami, zaleceniami producenta, lub obowiązującymi przepisami prawa, chyba że sposób przechowywania, lub magazynowania nie miał wpływu na powstanie szkody, lub jej rozmiar.
- 4.10. Grunty, gleby, zbiorniki wodne, wody powierzchniowe, wody podziemne, kanały, rowy (łącznie z systemem melioracji lub kanałów przepustowych), obiekty inżynieryjne, mienie znajdujące się pod ziemią.
- 4.11. Mienie znajdujące się poza morską linią brzegową.
- 4.12. Doki i mola.
- 4.13. Kopalnie, jaskinie.
- 4.14. Linie przesyłowe i dystrybucyjne (w tym linie elektryczne, telekomunikacyjne, światłowodowe) oraz linie transmisyjne.
- 4.15. Dane na informatycznych nośnikach danych, z wyłączeniem oprogramowania komputerowego stanowiącego środki obrotowe.
- 4.16. Bankomaty, automaty do gier, automaty wrzutowe na monety lub żetony, automaty do wydawania i rozmienniania pieniędzy wraz z zawartością.
- 4.17. Maszyny wycofane z eksploatacji z powodu zużycia technicznego.
- 4.18. Pojazdy samochodowe (samochody osobowe, samochody ciężarowe, ciągniki samochodowe, autobusy, motocykle, czterokołowce), ciągniki rolnicze, przyczepy, naczepy, pojazdy szynowe, kombajny, maszyny budowlane oraz maszyny, urządzenia lub narzędzia ciągnięte przez pojazdy.
- 4.19. Jednostki pływające, załogowe i bezzałogowe statki powietrzne.
- 4.20. Elektrownie jądrowe, instalacje jądrowe, reaktory i ich części jądrowe o właściwościach radioaktywnych, toksycznych lub wybuchowych.
- 4.21. Szklarnie, namioty, tunele foliowe, inspekty, powłoki pneumatyczne, balony reklamowe, barakowozy, garaże metalowe, kioski, kontenery

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

bez fundamentów, stragany, obiekty budowlane niepołączone trwale z gruntem, obiekty kryte brezentem lub plandeką, tymczasowe obiekty budowlane oraz mienie w nich się znajdujące.

- 4.22. Odpady lub mienie przeznaczone do likwidacji, lub do zezłomowania.
- 4.23. Mienie o przekroczonym terminie ważności lub wycofane z obrotu przed powstaniem szkody.
- 4.24. Mienie, którego zakup potwierdzony jest dowodem uznanym przez uprawnione organy państwa za podrobiony lub przerobiony, albo mienie wytworzone lub wprowadzone do obrotu bez wymaganych prawem zezwoleń, lub koncesji, lub którego wytworzenie, lub którego wprowadzenie do obrotu stanowi czyn zabroniony.
- 4.25. Rośliny, grzyby oraz ich grzybnie, słoma, siano, trawa energetyczna, żywe zwierzęta.
- 4.26. Akta, dokumenty, rękopisy, plany, prototypy, wzory, zbiory kolekcjonerskie lub muzealne oraz antyki, dzieła sztuki, przedmioty zabytkowe, niebędące nieruchomościami.
- 4.27. Mienie będące w trakcie montażu, w tym w trakcie instalacji, rozruchu próbnego, testów poprzedzających uruchomienie.
- 4.28. Bezpieczniki, wkładki topikowe, styczniki, odgromniki, czujniki, żarówki, lampy.
- 4.29. Siłownie wiatrowe, wiatraki, biogazownie.

Gdzie działa ubezpieczenie

5. Ubezpieczone mienie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Polsce (na terytorium lądowym), w miejscu ubezpieczenia wskazanym przez Ciebie w umowie i potwierdzonym przez nas w polisie – zgodnie z wybranym przez Ciebie pakietem (z zastrzeżeniem pkt. 6.-12. poniżej).

6. Maszyny, urządzenia, wyposażenie służące do prowadzenia działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego lub jego pracownika poza miejscem ubezpieczenia obejmujemy ochroną w Polsce.

7. Maszyny, urządzenia, wyposażenie i środki obrotowe, które prezentujesz na wystawach, targach lub pokazach obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Polsce.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

8. Ochronę w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podstawowej i rozszerzonej świadczymy w Unii Europejskiej oraz w Szwajcarii, Norwegii, Islandii i Wielkiej Brytanii.

Ochronę w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (w przypadku kontraktu z NFZ) świadczymy w Polsce.

9. W zakresie assistance organizujemy i pokrywamy koszty usług w Polsce, w miejscu ubezpieczenia wskazanym przez Ciebie w umowie.

10. Sprzęt elektroniczny (przenośny), używany do celów zawodowych przez Ubezpieczonego prowadzącego działalność gospodarczą lub jego pracownika poza miejscem ubezpieczenia, obejmujemy ochroną na terytorium Unii Europejskiej oraz Szwajcarii, Norwegii, Islandii i Wielkiej Brytanii.

11. Mienie podczas transportu obejmujemy ochroną w Polsce.

12. W przypadku, gdy Ubezpieczony rozpocznie działalność w nowym miejscu, znajdujące się tam mienie ruchome obejmujemy ochroną przez 30 dni w zakresie zdarzeń objętych naszą odpowiedzialnością i w granicach sumy ubezpieczenia rzeczy ruchomych. Nowe miejsca ubezpieczenia to nowe lokalizacje organizowane w okresie ubezpieczenia na terytorium Polski pod innym adresem niż podany w polisie, w których Ubezpieczony podejmuje działalność gospodarczą tożsamą ze wskazaną w polisie.

Obowiązkiem Ubezpieczającego jest powiadomienie nas o nowej lokalizacji i podanie aktualnych sum ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty uruchomienia nowej lokalizacji. Jeżeli nowa lokalizacja nie zostanie do nas zgłoszona w tym terminie, to ochrona ubezpieczeniowa kończy się po upływie 30 dni od daty jej uruchomienia.

Postanowienia z tego punktu:

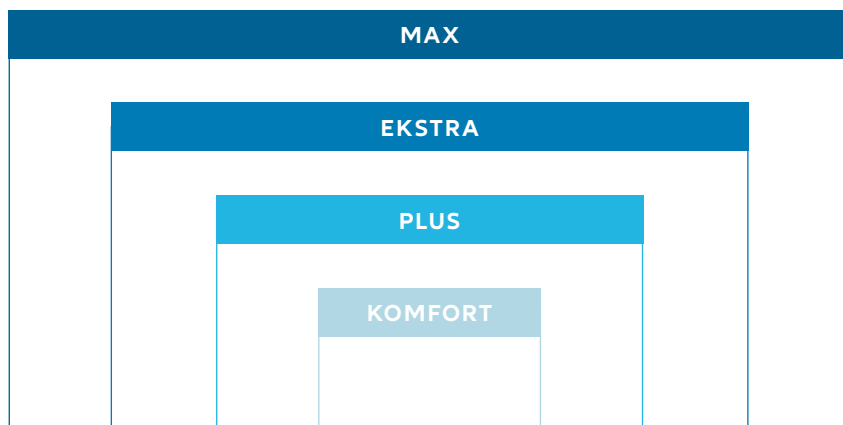
- 12.1. obowiązują wyłącznie wtedy, gdy budynek lub lokal, w którym znajdują się rzeczy ruchome, spełnia wymogi dotyczące zabezpieczeń określonych w pkt. 116.-119., 123., 125.-126.,
- 12.2. nie dotyczą rzeczy ruchomych na wystawach, targach lub pokazach,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 12.3. obowiązują w odniesieniu do ryzyka powodzi (jeżeli zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko powodzi), pod warunkiem że w nowym miejscu ubezpieczenia w okresie ostatnich 10 lat nie wystąpiła powódź.

Co zawierają pakiety

13. Oferujemy ochronę w ramach 4 pakietów ubezpieczenia Moja Firma. Zakres ubezpieczenia wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie, a potwierdzamy go w polisie. Poniżej w tabeli wymieniamy ryzyka, które wchodzi w skład poszczególnych pakietów. Symbol „●” oznacza, że dane ryzyko jest zawarte w danym pakiecie.



2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Zakres

KOMFORT PLUS EKSTRA MAX

Pożar i inne zdarzenia losowe	Obejmujemy ochroną szkody, które powstały na skutek działania: pożaru, dymu i sadzy, eksplozji, implozji, uderzenia pioruna, upadku lub uderzenia statku powietrznego, upadku drzew i budowli, uderzenia pojazdu, przebiecia.				
Ryzyka katastroficzne	Obejmujemy ochroną szkody, które powstały na skutek działania deszczu i gradu, silnego wiatru, naporu śniegu i lodu, lawiny, osunięcia i zapadania się ziemi. Objęcie ochroną ryzyka powodzi uzależniamy od oceny zagrożenia powodziowego w miejscu ubezpieczenia na podstawie złożonego przez Ciebie wniosku. Jeśli stwierdzimy, że istnieje możliwość objęcia ochroną wskazanego przez Ciebie we wniosku miejsca ubezpieczenia, to potwierdzimy to w polisie.				
Koszty stałe działalności	Pokryjemy koszty stałe działalności, które Ubezpieczony poniósł w czasie przerwania działalności w miejscu ubezpieczenia wskazanym w umowie, w wyniku tego, że doszło do szkody na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej, lecz wynajmującej swoje mienie innym podmiotom w celu prowadzenia działalności gospodarczej, pokryjemy koszty związane z posiadanym mieniem.				
Odpowiedzialność cywilna (zakres podstawowy)	Obejmujemy ochroną odpowiedzialność cywilną za szkody wyrządzone osobom trzecim (szkody osobowe i szkody majątkowe), za które Ubezpieczony jest prawnie odpowiedzialny, a także odpowiedzialność za produkty wprowadzone do obrotu, odpowiedzialność cywilną najemcy nieruchomości i ruchomości, odpowiedzialność cywilną za szkody wyrządzone pracownikom oraz odpowiedzialność cywilną za uszkodzenia rzeczy ruchomych przetwarzanych, czyszczonych, naprawianych, konserwowanych, pakowanych lub w inny sposób obsługiwanych w ramach usług świadczonych przez Ubezpieczonego, a także za szkody na rzeczach ruchomych pozostających w pieczy lub pod kontrolą Ubezpieczonego. W przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej, lecz wynajmującej swoje mienie innym podmiotom w celu prowadzenia działalności gospodarczej, obejmujemy ochroną odpowiedzialność cywilną z tytułu posiadania tego mienia.				
Ubezpieczone koszty	Pokryjemy koszty działań po szkodzie m.in. koszty: porządkowania, rozbiórki, demontażu i montażu nieuszkodzonych przedmiotów ubezpieczenia, osuszania.				
Assistance (zakres podstawowy)	Zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy w nagłych wypadkach (pomoc hydraulika, elektryka, ślusarza, dekarza, technika urządzeń grzewczych, deratyzatora, dezynfektora, dezynsektora).				

Zakres

KOMFORT

PLUS

EKSTRA

MAX

Zalanie	Obejmujemy ochronę szkody spowodowane nagłym wyciekem pary, wody lub innej cieczy, w tym powstałych w wyniku awarii instalacji wodociągowej lub kanalizacyjnej.	●	●	●
Stłuczenie przedmiotów szklanych	Obejmujemy ochronę szkody, które polegają na pęknięciu lub rozbiciu przedmiotów szklanych oraz pokryjemy dodatkowe koszty, które powstały w związku z tym zdarzeniem ubezpieczeniowym.	●	●	●
Kradzież z włamaniem, rabunek	Obejmujemy ochronę szkody powstałe w wyniku kradzieży z włamaniem i rabunku.		●	●
Wandalizm	Obejmujemy ochronę szkody powstałe w wyniku wandalizmu, w tym graffiti i szkody spowodowane przez zwierzęta łasicowate, gryzonie, owady, ptaki.		●	●
Awaria maszyn i szkody elektryczne	Obejmujemy ochronę szkody polegające na awarii maszyn i urządzeń.			●
Odpowiedzialność cywilna (zakres rozszerzony)	Obejmujemy ochroną odpowiedzialność cywilną za szkody wyrządzone osobom trzecim (szkody osobowe i szkody majątkowe) powstałe wskutek emisji, wycieku, uwalniania się lub innej formy przedostawania się do atmosfery jakichkolwiek substancji niebezpiecznych.			●
Assistance (zakres rozszerzony)	Zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy w odzyskaniu danych elektronicznych i cyfrowych utraconych z powodu awarii sprzętu elektronicznego.			●
Trzęsienie ziemi (opcjonalnie w każdym pakiecie)	Obejmujemy ochronę szkody w ubezpieczonym mieniu spowodowane trzęsieniem ziemi.			

● – jest w danym pakiecie

Pożar i inne zdarzenia losowe

Co jest w zakresie ubezpieczenia

14. Pokryjemy szkody w ubezpieczonym mieniu spowodowane przez następujące zdarzenia i czynniki:

- 1) pożar,
- 2) dym, sadza,
- 3) eksplozja,
- 4) implozja,
- 5) uderzenie pioruna,
- 6) upadek lub uderzenie statku powietrznego,
- 7) uderzenie pojazdu,
- 8) upadek drzew lub budowli,
- 9) przepięcia.

15. Mienie podczas transportu obejmujemy ochroną również od szkód będących następstwem wypadku środka transportu.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

16. Nie pokryjemy szkód w ubezpieczonym mieniu spowodowanych przez zdarzenia, które wymieniamy poniżej.

- 16.1. Narażenie na działanie ognia lub ciepła podczas obróbki.
- 16.2. Przypalenie niewywołane pożarem, eksplozją lub uderzeniem pioruna (np. przypalenie spowodowane wypalaniem lakieru podczas renowacji okien).
- 16.3. Kontrolowana eksplozja wywołana przez Ubezpieczonego lub podczas robót strzałowych.
- 16.4. Zniszczenie, uszkodzenie lub utrata spowodowane przez zamontowany przejściowo system elektryczny, gazowy lub grzewczy.
- 16.5. Uderzenie pojazdu prowadzonego przez Ubezpieczonego lub jego pracowników, z wyłączeniem uderzenia pojazdu wolnobieżnego, oraz szkód wyrządzonych w tym pojeździe wolnobieżnym i jego ładunku.

Ryzyka katastroficzne

Co jest w zakresie ubezpieczenia

17. Pokryjemy szkody w ubezpieczonym mieniu spowodowane przez następujące zdarzenia i czynniki:

- 1) powódź,
- 2) deszcz,
- 3) grad,
- 4) silny wiatr,
- 5) osunięcie i zapadanie się ziemi,
- 6) napór śniegu i lodu,
- 7) lawina.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

18. Nie pokryjemy szkód w ubezpieczonym mieniu spowodowanych przez zdarzenia lub czynniki, które wymieniamy poniżej.

- 18.1. Przesiąkanie, czyli przedostawanie się opadów atmosferycznych do ubezpieczonych: budynku, budowli lub lokalu przez niezamknięte lub niedomknięte okna, drzwi zewnętrzne lub inne otwory, chyba że otwory te powstały w wyniku zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
- 18.2. Zapadanie lub osuwanie się ziemi, gdy szkody te powstały w wyniku działania człowieka.
- 18.3. Naturalne osiadanie budynku, budowli lub elementów działki.

19. Nie pokryjemy także kosztów rekultywacji gleby, które powstały w następstwie szkody w ubezpieczonym mieniu.

Koszty stałe działalności

Co jest w zakresie ubezpieczenia

20. Pokryjemy koszty stałe działalności gospodarczej w miejscu ubezpieczenia wskazanym w umowie, które Ubezpieczony poniósł w czasie przerwy w działaniu firmy spowodowanej szkodą, do której doszło w wyniku zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej, lecz wynajmującej swoje mienie innym podmiotom w celu prowadzenia działalności gospodarczej, pokryjemy poniesione przez nią koszty związane z posiadanym mieniem

powstałe w wyniku przerwy w prowadzeniu działalności gospodarczej spowodowanej zdarzeniem ubezpieczeniowym.

21. Pod pojęciem kosztów statych działalności rozumiemy wydatki i zobowiązania związane z prowadzoną działalnością gospodarczą Ubezpieczonego lub wydatki i zobowiązania związane z posiadanym mieniem w przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej, lecz wynajmującej swoje mienie innym podmiotom w celu prowadzenia działalności gospodarczej. To wymienione niżej wydatki i zobowiązania, które nie zależą od wielkości zakupów, produkcji lub sprzedaży i mogłyby być przez Ubezpieczonego pokryte przy niezakłóconym wykonywaniu działalności lub wynajmowaniu przez niego mienia w celu prowadzenia działalności:

- 1) zasadnicze wynagrodzenie brutto pracowników,
- 2) opłaty dzierżawne, opłaty związane z najmem,
- 3) opłaty za pobór energii elektrycznej, ciepłej, wody lub gazu,
- 4) raty kredytów.

22. Pokryjemy koszty stałe działalności, jeżeli przerwa w wykonywaniu działalności trwała dłużej niż 3 dni.

23. Powyższe koszty pokryjemy maksymalnie przez okres 90 dni.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

24. Nie pokryjemy kosztów, które wymieniamy poniżej.

- 24.1. Koszty spowodowane uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą ksiąg rachunkowych, papierów wartościowych, aktów, planów, nośników danych i wszelkiego rodzaju dokumentacji, lub utratą gotówki.
- 24.2. Koszty spowodowane brakiem kapitału na odtworzenie utraconego przedmiotu ubezpieczenia lub naprawę uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia.
- 24.3. Koszty spowodowane przerwą w dostawach wody, gazu, energii lub innych usług od osób trzecich.
- 24.4. Koszty wywołane przerwą w prowadzeniu działalności gospodarczej na skutek awarii maszyn, urządzeń, wyposażenia.
- 24.5. Koszty zmienne operacyjne (np. zakupione produkty, otrzymane usługi, surowce, podróże służbowe).
- 24.6. Koszty premii, dodatków specjalnych do wynagrodzeń, wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych.

Odpowiedzialność cywilna (zakres podstawowy)

Co jest w zakresie ubezpieczenia

25. W zależności od rodzaju działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczonego możemy objąć ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody wyrządzone osobom trzecim z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej i posiadanego w ramach działalności gospodarczej mienia lub – w przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej – z tytułu posiadanego mienia wynajmowanego innym podmiotom w celu prowadzenia działalności gospodarczej w okolicznościach, które wymieniamy poniżej.

- 25.1. W przypadku, gdy doszło do szkody osobowej lub szkody majątkowej, jeżeli zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność cywilną za szkodę.
- 25.2. W zakresie wszystkich rodzajów działalności gospodarczej przyjętych do ubezpieczenia i wymienionych w polisie.
- 25.3. W przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzący działalność gospodarczą ponosi odpowiedzialność cywilną za szkody osobowe lub szkody majątkowe wyrządzone przez jego pracowników lub podwykonawców.
- 25.4. O ile szkoda została wyrządzona nieumyślnie, w tym wskutek rażącego niedbalstwa.
- 25.5. O ile wypadek ubezpieczeniowy OC powstał w okresie ubezpieczenia, a roszczenie z tego tytułu zostało zgłoszone przed upływem terminu przedawnienia.

26. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy także odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za produkt oraz wykonane usługi, na zasadach, które opisujemy poniżej.

- 26.1. Gdy doszło do szkody osobowej lub szkody majątkowej wskutek wady produktu, lub dostarczenia produktu innego niż został zamówiony, a także na skutek wadliwego wykonania zakończonych i przekazanych odbiorcy usług – jeżeli zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność cywilną za szkodę.
- 26.2. Ochrona obejmuje każdy produkt wytworzony lub wprowadzony do obrotu przez Ubezpieczonego lub jakąkolwiek osobę działającą

z jego upoważnienia, w zakresie działalności gospodarczej Ubezpieczonego potwierdzonej w polisie, chyba że ta odpowiedzialność została wyłączona w tych o.w.u.

27. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy odpowiedzialność cywilną za szkody w nieruchomościach i rzeczach ruchomych użytkowanych przez Ubezpieczonego na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użyczenia, leasingu lub innej umowy, której przedmiotem jest przekazanie mienia do używania i pobierania pożytków, z wyłączeniem odpowiedzialności cywilnej za szkody w pojazdach mechanicznych lub ich wyposażeniu, a także rzeczach w nich pozostawionych.

28. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy także odpowiedzialność cywilną za szkody w rzeczach stanowiących przedmiot obróbki, czyszczenia, naprawy, serwisu, pakowania lub innych czynności wykonywanych w ramach usług prowadzonych przez Ubezpieczonego, które powstały w trakcie wykonywania tych usług. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje szkody w okresie od przyjęcia rzeczy do chwili jej wydania.

29. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy także odpowiedzialność cywilną za szkody w rzeczach ruchomych znajdujących się w pieczy, pod dozorem lub kontrolą Ubezpieczonego, które wystąpiły na skutek ich uszkodzenia, zniszczenia oraz utraty wynikającej z kradzieży z włamaniem lub rozboju, z wyłączeniem odpowiedzialności cywilnej za szkody w pojazdach mechanicznych lub ich wyposażeniu, a także rzeczach w nich pozostawionych.

30. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy odpowiedzialność cywilną za szkody osobowe, które wynikają z wypadku przy pracy, spełniającego przesłanki uznania go za taki wypadek w rozumieniu ustawy wypadkowej oraz szkody majątkowe związane z wykonywaniem obowiązków na rzecz Ubezpieczonego.

Dodatkowe rozszerzenia

31. Zakres ubezpieczenia może obejmować dodatkowe ryzyka w zależności od rodzaju działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczonego. Opisujemy je poniżej. Rozszerzenia obowiązują do limitu określonego w polisie, pod warunkiem, że potwierdzimy je w polisie i wskażemy ten limit.

Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o pokrycie szkód spowodowanych zakażeniem HIV, HCV, HBV oraz działaniem lasera

32. W przypadku działalności w zakresie fryzjerstwa i innych zabiegów kosmetycznych obejmujemy ochroną ubezpieczeniową również ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie szkód osobowych będących następstwem:

- 32.1. zakażenia HIV, HCV, HBV,
- 32.2. wykonywania zabiegów medycyny estetycznej polegających na stymulacji biologicznej skóry za pomocą laseroterapii.

33. W ramach sumy gwarancyjnej odpowiedzialności cywilnej obowiązuje podlimit odpowiedzialności dla szkód osobowych będących następstwem infekcji opisanych w ust. 32.1. w wysokości 100 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia.

34. W ramach sumy gwarancyjnej odpowiedzialności cywilnej obowiązuje podlimit odpowiedzialności dla szkód osobowych wyrządzonych laseroterapią opisaną w ust. 32.2. w wysokości 100 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia.

Odpowiedzialność cywilna z tytułu wykonywania zawodu farmaceuty lub technika farmacji

35. W przypadku prowadzenia apteki lub punktu aptecznego, obejmujemy ochroną ubezpieczeniową również odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego z tytułu wykonywania zawodu farmaceuty lub technika farmacji za szkody osobowe lub szkody majątkowe wyrządzone osobie trzeciej powstałe podczas wykonywania usług farmaceutycznych, które wymieniamy poniżej.

- 35.1. Wydawanie z apteki lub punktu aptecznego produktów leczniczych w rozumieniu prawa farmaceutycznego oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w rozumieniu ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, połączone z udzielaniem informacji i porad dotyczących działania i stosowania oraz przechowywania tych produktów, środków lub wyrobów medycznych.
- 35.2. Sporządzanie produktów leczniczych połączone z oceną ich jakości, w tym trwałości.
- 35.3. Przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego.

- 35.4. Udzielanie porady farmaceutycznej w celu zapewnienia prawidłowego stosowania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w szczególności w zakresie wydania właściwego produktu leczniczego wydawanego bez przepisu lekarza, przekazania informacji dotyczących właściwego stosowania, w tym dawkowania i możliwych interakcji z innymi produktami leczniczymi lub pożywieniem, wydawanego produktu, wyrobu lub środka oraz prawidłowego używania wyrobów medycznych.
- 35.5. Wykonywanie pomiaru ciśnienia krwi.

Odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (w przypadku kontraktu z NFZ)

36. W przypadku prowadzenia apteki lub punktu aptecznego, zgodnie z RMF, obejmujemy ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną świadczeniodawcy realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne do sumy gwarancyjnej 10 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, 50 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń. Kwoty ustalamy przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym została zawarta umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

37. W zakresie podstawowym ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, z wyłączeniem odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu farmaceuty lub technika farmacji oraz odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy, zgodnie z RMF (w przypadku kontraktu z NFZ), nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową zdarzeń, szkód, kosztów i obszarów, które wymieniamy poniżej.

- 37.1. Czyste straty finansowe.
- 37.2. Odpowiedzialność osób zarządzających lub sprawujących nadzór w spółkach kapitałowych z tytułu wykonywania przez te osoby czynności w organach tych spółek (Directors & Officers).

- 37.3. Szkody powodujące roszczenia pomiędzy Ubezpieczonymi na podstawie tej samej umowy ubezpieczenia.
- 37.4. Straty wyrządzone przez wirusy komputerowe lub innego rodzaju programy zaktócające pracę jakiegokolwiek programu, komputera, sieci, telefonu, niezależnie od przyczyn ich pojawienia się.
- 37.5. Koszty wycofania produktu, w tym koszty naprawy, przywrócenia do stanu pierwotnego lub wymiany wadliwego produktu, lub jego części, oraz straty finansowe powstałe w wyniku tych działań.
- 37.6. Szkody wynikające z użytkowania produktu w sposób niezgodny z przeznaczeniem.
- 37.7. Szkody powstałe na skutek uchybień w wykonywaniu tych czynności zawodowych, których wykonywanie wymagało posiadania uprawnień zawodowych przewidzianych przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
- 37.8. Szkody spowodowane brakiem wydajności lub właściwości produktu, o których zapewniał Ubezpieczony.
- 37.9. Szkody osobowe spowodowane przez produkt, który przed wprowadzeniem do obrotu nie był sprawdzony w sposób zgodny z ówczesnie obowiązującymi przepisami prawa lub wymogami nauki i techniki.
- 37.10. Szkody w produkcie wprowadzonym do obrotu lub w przedmiocie wykonanej przez Ubezpieczonego pracy, usług lub dziele.
- 37.11. Roszczenia o wykonanie lub należyte wykonanie zobowiązań, roszczeń związanych z wykonaniem zastępczym, w tym roszczeń dotyczących zwrotu kosztów poniesionych na poczet ich wykonania oraz roszczeń wynikających z przepisów o rękojmi, niezgodności towaru z umową i gwarancji jakości.
- 37.12. Szkody w zakresie, w jakim odpowiedzialność cywilna jest lub winna być, zgodnie z obowiązującym prawem, objęta systemem ubezpieczeń obowiązkowych, w szczególności obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.
- 37.13. Szkody polegające na utracie rzeczy, niewynikające z jej zniszczenia lub uszkodzenia.
- 37.14. Szkody wynikające z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przewozu lub spedycji.
- 37.15. Szkody wyrządzone w związku z przeprowadzaniem jazd próbnych powyżej 20 km od miejsca wykonywania usługi.
- 37.16. Szkody w rzeczach pozostawionych w pojazdach mechanicznych, w tym w sprzęcie elektronicznym lub komputerowym.
- 37.17. Szkody wyrządzone w przedmiotach posiadających wartość naukową, artystyczną, zabytkową, kolekcjonerską.

- 37.18. Szkody w wartościach pieniężnych i wszelkiego rodzaju dokumentach.
- 37.19. Szkody powstałe w związku z posiadaniem, używaniem, handlem lub produkcją amunicji, materiałów wybuchowych, substancji niebezpiecznych w rozumieniu prawa ochrony środowiska lub ustawy o odpadach.
- 37.20. Roszczenia z tytułu chorób zawodowych w rozumieniu kodeksu pracy.
- 37.21. Roszczenia regresowe instytucji zobowiązanej do wypłaty świadczeń z tytułu wypadku przy pracy oraz świadczenia przysługujące poszkodowanemu na podstawie przepisów ustawy wypadkowej.
- 37.22. Świadczenia przysługujące poszkodowanemu z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej na podstawie ustawy wypadkowej.
- 37.23. Szkody, które są następstwem oddziaływania wyrobów tytoniowych, w zakresie, w jakim oddziaływanie to miało wpływ na powstanie lub zwiększenie rozmiaru szkody.
- 37.24. Szkody wyrządzone przez produkt zawierający ludzką krew, osocze lub substancje krwiopochodne, a także spowodowane przez wirus BSE.
- 37.25. Szkody wynikające z zakażenia wirusem HIV, HCV, HBV (z zastrzeżeniem ust. 32.1.).
- 37.26. Szkody wyrządzone przez produkt zmodyfikowany genetycznie oraz powstałe w wyniku uszkodzenia kodu genetycznego.
- 37.27. Szkody wyrządzone przez silikon wykorzystywany do celów medycznych, a także środki antykoncepcyjne uwalniające hormony, wkładki wewnątrzmaciczne, szczepionki.

38. W odniesieniu do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu farmaceuty lub technika farmacji ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy szkód, które wymieniamy poniżej.

- 38.1. Szkody wynikające z wadliwości leków gotowych.
- 38.2. Szkody wynikające z błędów znanych Ubezpieczonemu w momencie zawarcia umowy.
- 38.3. Szkody wynikające ze świadomego naruszenia przez Ubezpieczonego obowiązujących norm oraz przepisów prawa.
- 38.4. Szkody wyrządzone przez osoby bez uprawnień do wykonywania zawodu lub osoby, które miały zakaz lub zawieszone prawo do wykonywania zawodu.
- 38.5. Szkody spowodowane przez leki, a także surowce, półprodukty i materiały, których nabycie nie jest potwierdzone dowodami zakupu

lub dla których dowody zakupu są wystawione przez podmioty nieistniejące w chwili wystawienia tych dokumentów.

- 38.6. Szkody powstałe w wyniku używania leku, produktu leczniczego lub wyrobu medycznego niezgodnie z jego przeznaczeniem lub załączoną instrukcją obsługi, lub innym dokumentem opisującym właściwości produktu oraz sposób jego wykorzystania.
- 38.7. Szkody spowodowane przez leki sporządzone lub wydane przez farmaceutów lub techników farmacji przed początkiem okresu ochrony wynikającego z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu farmaceuty lub technika farmacji zawartej w Allianz.
- 38.8. Szkody powstałe wskutek wprowadzenia do obrotu leków niedopuszczonych do stosowania na terytorium Polski.
- 38.9. Szkody powstałe wskutek sprzedaży lub wydania bez recepty leku, na który wymagana jest recepta.
- 38.10. Szkody będące następstwem braku zabezpieczenia lub nienależytego zabezpieczenia preparatów i substancji chemicznych, biologicznych, radioaktywnych lub innych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie normami.
- 38.11. Szkody powstałe wskutek niedotrzymania ustalanego terminu wykonania leku.

39. W odniesieniu do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczonodawcy, zgodnie z RMF (w przypadku kontraktu z NFZ), nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową szkód, które wymieniamy poniżej.

- 39.1. Szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy.
- 39.2. Szkody polegające na zapłacie kar umownych.
- 39.3. Szkody powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Ubezpieczone koszty

Co jest w zakresie ubezpieczenia

40. W przypadku szkody w ubezpieczonym mieniu pokryjemy wymienione niżej koszty.

- 40.1. Koszty szkód w ubezpieczonym mieniu, które powstały w bezpośrednim następstwie akcji ratowniczej.

- 40.2. Koszty uprzątnięcia pozostałości po szkodzie, porządkowania, rozbioru, koniecznych zmian budowlanych, demontażu i montażu nieuszkodzonych przedmiotów ubezpieczenia.
- 40.3. Koszty osuszania.
- 40.4. Koszty powstałe w związku z czasowym przechowywaniem ubezpieczonego mienia, jeżeli w miejscu ubezpieczenia nie ma możliwości należytego zabezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia.
- 40.5. Koszty składowania pokrywamy do dnia, w którym powstaje możliwość ponownego montażu lub właściwego zabezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia w miejscu ubezpieczenia.
- 40.6. Koszty powstałe w związku z przywróceniem operacyjności systemów przeciwpożarowych (zarówno systemów gaszenia, jak i systemów ostrzegania).

Dodatkowe rozszerzenia

41. Zakres ubezpieczenia może obejmować dodatkowe ryzyka w zależności od rodzaju działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczonego w miejscu ubezpieczenia oraz rodzaju ubezpieczonego mienia. Opisujemy je poniżej. Rozszerzenia obowiązują do limitu określonego w polisie, pod warunkiem, że potwierdzimy je w polisie i wskażemy ten limit. Limity odpowiedzialności określamy na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Koszty utylizacji leków i utraty dokumentów do refundacji

42. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową poniesione przez Ubezpieczonego koszty:

- 1) utylizacji leków w aptece lub w punkcie aptecznym;
- 2) recyklingu maszyn i urządzeń znajdujących się w aptece lub punkcie aptecznym;
- 3) odmowy refundacji sprzedanych refundowanych leków lub wyrobów medycznych, wskutek zniszczenia dokumentów, które są podstawą refundacji.

43. Koszty wymienione w pkt. 42. obejmujemy ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że:

- 1) powstały w następstwie szkody w ubezpieczonym mieniu, w zakresie objętym ubezpieczeniem;
- 2) Ty lub Ubezpieczony (jeśli umowa jest zawarta na cudzy rachunek) na bieżąco archiwizujecie dane o obrocie refundowanymi

lekami i wyrobami medycznymi, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Wysokość kosztów wymienionych w pkt. 42. ustala się w oparciu o średnią dzienną wartość kwot refundowanych, wyliczoną na podstawie 6-miesięcznego okresu poprzedzającego dzień powstania szkody.

Utrata czynszu

44. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową utracony czynsz należny Ubezpieczonemu z tytułu wynajmu lub dzierżawy budynku lub lokalu, lub jego części, gdy:

- 1) na skutek zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia budynek lub lokal, lub jego część zostały zniszczone lub uszkodzone i znajdują się w stanie wykluczającym prowadzenie w nim działalności gospodarczej lub zamieszkiwanie,
- 2) najemca lub dzierżawca jest zwolniony z jego zapłaty (lub części) zgodnie z umową z Ubezpieczonym lub powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

45. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową utracony czynsz przez okres równy technologicznemu czasowi naprawy lub odbudowy uszkodzonego lub zniszczonego budynku lub lokalu, nie dłuższy jednak niż 3 miesiące od zajścia zdarzenia, które jest przyczyną szkody i spowodowało utratę czynszu, a jednocześnie – nie dłuższy niż do dnia, w którym budynek lub lokal znowu nadają się do użytkowania lub zamieszkania.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

46. W ramach ubezpieczenia utraty czynszu ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy szkód, które wymieniamy poniżej.

- 46.1. Szkody w budynku lub lokalu, które nastąpiły w okresie wypowiedzenia umowy najmu lub dzierżawy.
- 46.2. Szkody powstałe lub zwiększone wskutek braku wystarczających środków finansowych niezbędnych do odtworzenia mienia dotkniętego szkodą.
- 46.3. Szkody powstałe lub zwiększone wskutek decyzji Ubezpieczonego o nienaprawianiu szkody lub zmianie rodzaju działalności, lub miejsca ubezpieczenia.
- 46.4. Szkody powstałe lub zwiększone wskutek innowacji i ulepszeń wprowadzanych w trakcie odbudowy zniszczonego mienia.

- 46.5. Szkody powstałe lub zwiększone wskutek decyzji właściwych organów administracji, które uniemożliwiają lub opóźniają odtworzenie zniszczonego mienia.

Assistance (zakres podstawowy)

Co jest w zakresie ubezpieczenia

47. Zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy specjalisty w miejscu ubezpieczenia, mające na celu zapobieżenie dalszym uszkodzeniom i pogorszeniu się warunków pracy (w tym koszty dojazdu i robocizny specjalisty oraz koszty części zamiennych, z zastrzeżeniem pkt 47, ppkt. 6 i 7) w przypadku:

- 1) uszkodzenia instalacji wodno-kanalizacyjnej lub kanalizacji;
- 2) zablokowania toalety, wanny lub zlewu;
- 3) awarii systemu zasilania energią elektryczną;
- 4) awarii głównego systemu grzewczego lub zaopatrzenia w ciepłą wodę dostarczanego przez główny system grzewczy;
- 5) uszkodzenia zewnętrznych zamków, dachu, drzwi lub okien ubezpieczonych: budynku, budowli, lokalu lub elementów działki z powodu burzy, pożaru, dymu i sadzy, kradzieży z włamaniem lub wandalizmu;
- 6) zatrzasknięcia drzwi zewnętrznych (z zamkami mechanicznymi), bez możliwości dostania się lub wydostania z ubezpieczonych: budynku, budowli, lokalu lub elementów działki – w tym przypadku zapewnimy odblokowanie (z wyłączeniem kosztów zakupu nowego zamka);
- 7) zgubienia lub kradzieży klucza – w tym przypadku pokryjemy koszty pracy specjalisty w celu wymiany zamka (z wyłączeniem kosztów zakupu nowego zamka);
- 8) pojawienia się wewnątrz ubezpieczonych: budynku, budowli, lokalu lub elementów działki: szczurów, myszy, owadów, gniazd os lub szerszeni (także gniazda os i szerszeni na zewnętrznej ścianie, dachu lub w przestrzeni podstropowej ubezpieczonych: budynku, budowli, lokalu lub elementów działki).

48. Korzystanie z usług assistance jest ograniczone do czterech zdarzeń ubezpieczeniowych oraz do kwoty 1 200 zł na każde zdarzenie w okresie ubezpieczenia.

49. Przed rozpoczęciem wykonywania usługi poinformujemy Cię o kosztach przekraczających wartość limitu wskazanego powyżej.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

50. Nie pokryjemy kosztów, które wymieniamy niżej.

- 50.1. Koszty wynikające z awarii lub odłączenia usług publicznych (dostaw prądu, wody lub gazu), niezależnie od ich przyczyny, we wskazanym przez Ciebie miejscu ubezpieczenia.
- 50.2. Koszty następujących uszkodzeń o charakterze estetycznym: wgniecenia, porysowania, zadrapania na powierzchniach malowanych, polerowanych lub emaliowanych, zmiany barwy, odbarwienia.
- 50.3. Koszty uszkodzeń spowodowanych złym wykonaniem lub błędami w produkcji, wadami materiałowymi, konstrukcyjnymi, produkcyjnymi lub innymi objętymi odpowiedzialnością producenta.
- 50.4. Koszty uszkodzeń spowodowanych naprawami wykonanymi przez Ubezpieczonego.
- 50.5. Koszty zużycia elementów, które z uwagi na przeznaczenie i charakter pracy podlegają wyeksploatowaniu w toku ich użytkowania i wymagają okresowej wymiany (bezpieczniki, baterie, żarówki).
- 50.6. Koszty uszkodzeń instalacji, za którą odpowiada administrator wielorodzinnego budynku, zarządca budynku lub dostawca mediów (wody, gazu, energii elektrycznej).
- 50.7. Koszty poszukiwania uszkodzeń (np. wykuwanie ścian, demontaż urządzeń, demontaż armatury łazienkowej).

51. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w świadczeniu usługi spowodowane: stanem klęski żywiołowej, strajkami, zamieszkami, aktami terroryzmu, wojną, wojną domową lub skutkami działania energii jądrowej, siłą wyższą.

Zalanie

Co jest w zakresie ubezpieczenia

52. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową nagłe, niekontrolowane wydostanie się pary, wody lub innej cieczy, które powstało na skutek okoliczności lub zdarzeń, które wymieniamy poniżej.

- 52.1. Wystąpienie awarii, która polega na samoistnym uszkodzeniu znajdujących się w miejscu ubezpieczenia instalacji: wodociągowej, kanalizacyjnej, grzewczej, tryskaczowej lub gaśniczej, chłodniczej (w tym połączeń giętkich, armatury, pomp wodnych, słonecznego układu ogrzewania wody, urządzeń połączonych na stałe z systemem rur) oraz urządzeń stanowiących wyposażenie użytkowe lub wystrój wnętrz.
- 52.2. Wystąpienie awarii, która polega na samoczynnym uruchomieniu się instalacji tryskaczowej lub gaśniczej znajdującej się w miejscu ubezpieczenia.
- 52.3. Cofnięcie się wody lub ścieków z kanalizacji.
- 52.4. Wyciek wody z akwarium spowodowany stłuczeniem akwarium lub samoistnym (tj. niezależnym od działań Ubezpieczonego lub osób trzecich) rozszczelnieniem lub uszkodzeniem jego osprzętu.
- 52.5. Zalanie przedmiotu ubezpieczenia na skutek topnienia śniegu lub lodu zalegającego na dachu, lub innych elementach budynku, budowli, lokalu, elementu działki, w których znajduje się przedmiot ubezpieczenia.
- 52.6. Zalanie spowodowane awarią znajdujących się wewnątrz budynku, budowli, lokalu armatury sanitarnej, syfonów, kotłów, wodomierzy, podgrzewaczy wody (np. bojlerów), pomp ciepłych, rur dopływowych (wodociągowych) lub odpływowych (kanalizacyjnych), instalacji grzewczych, klimatyzacyjnych, tryskaczowych, lub hydrantowych, lub wyciek pary, wody, lub innej cieczy, które powstały na skutek pęknięcia spowodowanego działaniem mrozu.
- 52.7. W przypadku zalania pokryjemy koszty poszukiwania miejsca awarii.
- 52.8. Zalanie spowodowane przez osoby trzecie, pochodzące z innego lokalu lub z innego budynku.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

53. Nie odpowiadamy za szkody, które powstały wskutek okoliczności lub zdarzeń wymienionych poniżej.

- 53.1. Pogarszanie się stanu ubezpieczonego mienia, spowodowane normalnym zużyciem, starzeniem, korozją, oksydacją, kawitacją, gniciem, fermentacją, wysychaniem, zastyganiem, ubytkami, utratą wagi, parowaniem, zmianą koloru, kształtu lub struktury, pękaniem, kurczeniem lub rozszerzaniem, chyba że w jego następstwie wystąpiło inne zdarzenie niewyłączone z zakresu ubezpieczenia – wówczas odpowiadamy wyłącznie za skutki takiego zdarzenia.
- 53.2. Wyciek wody z pozostawionych otwartych zaworów.

Stłuczenie przedmiotów szklanych

Co jest w zakresie ubezpieczenia

54. Odpowiadamy za szkody, które powstały wskutek pęknięcia przedmiotów wykonanych ze szkła, poliwęglanu, ceramiki lub kamienia, które powstały w przedmiotach, wymienionych niżej.

- 54.1. Zewnętrzne i wewnętrzne oszklenie ubezpieczonych budynków, budowli, lokali lub elementów działki, w tym: szyby okienne lub drzwiowe, oszklenie ścian i dachów, osłony boksów, kabin, kontuarów, w tym szyby przeciwwłamaniowe i kuloodporne.
- 54.2. Panele fotowoltaiczne.
- 54.3. Neony, reklamy świetlne w miejscu ubezpieczenia.
- 54.4. Tablice reklamowe, szyldy, gabloty ze szkła lub tworzyw sztucznych znajdujące się w miejscu ubezpieczenia.
- 54.5. Płyty szklane stanowiące część składową mebli, stołów, lad chłodniczych, płyt indukcyjnych, ceramicznych i szklanych kuchennych płyt grzewczych, luster zamontowane w ścianach, znajdujące się w miejscu ubezpieczenia.
- 54.6. Akwaria i terraria zamontowane na stałe w miejscu ubezpieczenia.
- 54.7. Zaplecze sanitarne znajdujące się w miejscu ubezpieczenia.
- 54.8. Oszklenie kominków i pieców znajdujących się w miejscu ubezpieczenia.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

55. Nie odpowiadamy za szkody:

- 1) w rzeczach ruchomych wykonanych ze szkła (np. wazon);
- 2) w szybach, przedmiotach szklanych w budynku, lokalu, elementach działki w trakcie drobnych prac budowlano-montażowych;

- 3) polegające na porysowaniu przedmiotów ze szkła, poliwęglanu, ceramiki lub kamienia, odprysnięciu kawałka powierzchni, poplamieniu lub zmianie barwy powierzchni szyb i przedmiotów szklanych;
- 4) powstałe w trakcie montażu, demontażu lub transportu;
- 5) w oszkleniu maszyn, urządzeń, wyposażenia;
- 6) w szklanych okładzinach podłogowych.

Kradzież z włamaniem i rabunek

Co jest w zakresie ubezpieczenia

56. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową dokonanie lub usiłowanie dokonania zaboru ubezpieczonego mienia z wnętrza budynku lub lokalu w okolicznościach, które wymieniamy poniżej.

- 56.1. Gdy sprawca uprzednio usunie lub zniszczy zabezpieczenia przy użyciu narzędzi lub siły, pozostawiając ślady włamania na tych zabezpieczeniach, stanowiące dowód użycia siły lub narzędzi.
- 56.2. Gdy sprawca otworzy zabezpieczenia podrobionym kluczem, innym narzędziem lub kluczem oryginalnym, który sprawca zdobył w wyniku kradzieży z włamaniem do innego budynku lub lokalu, lub w wyniku rabunku.
- 56.3. Gdy sprawca ukryje się w budynku lub lokalu w godzinach otwarcia i dokona kradzieży po zamknięciu budynku lub lokalu, i pozostawi widoczne ślady opuszczania budynku lub lokalu.

57. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową zabór ubezpieczonego mienia przez sprawcę, który zastosował jeden z niżej wymienionych środków wobec Ubezpieczonego, jego pracowników, osób, którym Ubezpieczony powierzył pieczę nad przedmiotem ubezpieczenia, lub którym zlecił stały dozór w miejscu ubezpieczenia.

- 57.1. Przemoc fizyczna lub groźba pozbawienia życia lub zdrowia.
- 57.2. Groźba pozbawienia życia lub zdrowia w celu zmuszenia do tego, aby dostarczyć sprawcy przedmiot ubezpieczenia do wskazanego miejsca, o ile miejsce, w którym doszło do przekazania, znajdowało się w obrębie miejsca ubezpieczenia.
- 57.3. Groźba pozbawienia życia lub zdrowia w celu zmuszenia do otwarcia zamka, w tym zamka szyfrowego, lub usunięcia innego zabezpieczenia chroniącego przedmiot ubezpieczenia.
- 57.4. Wykorzystanie powstałego nagle zaburzenia stanu fizycznego lub psychicznego osób opisanych w pkt. 57., spowodowanego przez

wypadek lub inną przyczynę. Przyczyna ta nie może mieć związku z pozostawianiem tych osób w stanie pod wpływem alkoholu lub w stanie pod wpływem środków narkotycznych (jeżeli pozostawianie w tym stanie miało wpływ na powstanie szkody) – wyjątek stanowi sytuacja, w której spożycie alkoholu lub użycie środków narkotycznych nastąpiło pod wpływem groźby, przymusu lub podstępny sprawcy.

58. W przypadku ryzyka kradzieży z włamaniem odpowiadamy również za szkody polegające na uszkodzeniu lub zniszczeniu ubezpieczonego mienia w związku z włamaniem lub próbą włamania, w tym koszty naprawy i wymiany zabezpieczeń.

59. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową szkody powstałe wskutek zaboru elementów zewnętrznych: siłowników bram, zewnętrznych elementów telewizji przemysłowej, anten, zewnętrznych części klimatyzatorów, neonów, szyldów reklamowych, lamp i opraw świetlnych, które ze względu na swoje przeznaczenie są zamontowane na stałe na zewnątrz ubezpieczonych budynków, budowli, lokali lub elementów działki, w sposób uniemożliwiający ich odłączenie bez ich uszkodzenia lub bez użycia narzędzi, wyłącznie gdy jest spełniony jeden z warunków, które wymieniamy poniżej.

- 1) Teren, na którym znajdują się ubezpieczone budynki, budowle, lokale lub elementy działki spełnia minimalne wymagane zabezpieczenia, określone w pkt. 127.
- 2) Wyżej wymienione ubezpieczone mienie jest zamocowane na dachu budynku, budowli lub elementów działki, lub na wysokości nie mniejszej niż 2,5 m od poziomu terenu – ten warunek nie dotyczy siłowników bram.

60. Maszyny, urządzenia, wyposażenie używane przez Ubezpieczonego, który prowadzi działalność gospodarczą, lub jego pracownika do prac służbowych poza miejscem ubezpieczenia obejmujemy ochroną od kradzieży z włamaniem z pojazdu, lub kradzieży wraz z pojazdem zabezpieczonym (zgodnie z wymaganiami określonymi w pkt. 124.).

61. Mienie podczas transportu obejmujemy ochroną od kradzieży z włamaniem z pojazdu lub kradzieży wraz z pojazdem zabezpieczonym (zgodnie z wymaganiami określonymi w pkt. 124.), a także od kradzieży będącej następstwem wypadku środka transportu rozumianej jako

zabór mienia przez osobę trzecią dokonany w miejscu powstania szkody z uszkodzonego podczas wypadku środka transportu.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

62. Nie ponosimy odpowiedzialności za szkody, które wymieniamy poniżej.

- 1) Szkody, które powstały wskutek działania osoby trzeciej, jeżeli nie pozostawiła ona śladów włamania lub śladów świadczących o jej obecności – z wyjątkiem przypadków opisanych w ust. 56.2.
- 2) Szkody, które polegają na brakach inwentaryzacyjnych lub brakach spowodowanych błędami księgowymi lub rachunkowymi.
- 3) Szkody, które powstały wskutek usunięcia, wyłączenia lub niewłaściwego korzystania przez Ubezpieczonego lub jego pracowników z systemów ochrony i bezpieczeństwa ubezpieczonego mienia.
- 4) Szkody, które powstały wskutek kradzieży zwykłej – wyłączenie to nie odnosi się do mienia określonego w pkt. 59.
- 5) Szkody w ubezpieczonym mieniu w zakresie, w jakim nie zostało ono zabezpieczone (zgodnie z postanowieniami dotyczącymi minimalnych wymogów zabezpieczenia określonych w ust. 118.4.) w zakresie, w jakim niezgodność ta miała wpływ na powstanie lub zwiększenie rozmiaru szkody.

Wandalizm

Co jest w zakresie ubezpieczenia

63. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową celowe, umyślne uszkodzenie lub zniszczenie ubezpieczonego mienia przez osoby trzecie.

64. Ochroną obejmujemy także uszkodzenia elewacji i izolacji wewnętrznych ubezpieczonych budynków, budowli, lokali lub elementów działki, które powstały wskutek niszczącego działania zwierząt łasicowatych, gryzoni, owadów, ptaków.

65. Obejmujemy ochroną szkody spowodowane graffiti. Szkody pokrywamy do wysokości poniesionych nakładów na przemalowanie lub oczyszczenie uszkodzonej części obiektu i do określonego w umowie limitu.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

66. Nie odpowiadamy za szkody, które wymieniamy poniżej.

- 1) Szkody w ubezpieczonym mieniu, w zakresie w jakim nie zostało ono zabezpieczone (zgodnie z postanowieniami dotyczącymi minimalnych wymogów zabezpieczenia, określonymi w ust. 118.4.) w zakresie w jakim niezgodność ta miała wpływ na powstanie lub zwiększenie rozmiaru szkody.
- 2) Szkody w postaci defektów estetycznych nienaruszających substancji ubezpieczonego mienia.

Dodatkowe rozszerzenia

67. Zakres ubezpieczenia może obejmować dodatkowe ryzyka w zależności od rodzaju działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczonego w miejscu ubezpieczenia oraz rodzaju ubezpieczonego mienia. Opisujemy je poniżej. Rozszerzenia obowiązują do limitu określonego w polisie, pod warunkiem, że potwierdzimy je w polisie i wskażemy ten limit. Limity odpowiedzialności określamy na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Rozmrożenie lub zepsucie środków obrotowych i mienia osób trzecich

68. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową szkody w środkach obrotowych lub mieniu osób trzecich spowodowane ich rozmrożeniem lub zepsuciem. Za rozmrożenie lub zepsucie uznaje się utratę przydatności do użycia środków obrotowych lub mienia osób trzecich wskutek wzrostu temperatury w urządzeniu chłodniczym w bezpośrednim następstwie:

- 1) awarii urządzenia chłodniczego, w którym przechowywane są ubezpieczone środki obrotowe lub mienie osób trzecich;
- 2) przerwy w dostawie prądu elektrycznego, która trwała co najmniej 2 godziny.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

69. Nie odpowiadamy za szkody spowodowane rozmrożeniem lub zepsuciem ubezpieczonego mienia, do którego doszło wskutek przechowywania niezgodnie z zaleceniami producenta mienia lub wskutek uszkodzenia opakowania, przerw w dostawie prądu planowanych wcześniej lub spowodowanych niewywiązaniem się przez Ubezpieczonego z płatności wobec dostawcy prądu.

Awaria maszyn i szkody elektryczne

Co jest w zakresie ubezpieczenia

70. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową szkody wyłącznie w tych ubezpieczonych maszynach, urządzeniach, wyposażeniu, urządzeniach budowlanych, które przed szkodą zostały zamontowane lub zainstalowane zgodnie ze wskazaniem producenta oraz były użytkowane w toku wykonywania działalności gospodarczej wskazanej w polisie w miejscu ubezpieczenia.

71. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową szkody, które polegają na awarii, w tym będącej następstwem następujących okoliczności:

- 1) błędu w obsłudze przez pracownika Ubezpieczonego, prowadzącego działalność gospodarczą;
- 2) dostania się ciała obcego do wnętrza maszyny, urządzenia, wyposażenia, urządzenia budowlanego, rozerwania na skutek działania siły odśrodkowej, błędów konstrukcyjnych, projektowych, montażowych, wadliwego wykonania, wad materiałowych, niedoboru chłodziw, smarów, olejów;
- 3) niedoboru wody w kotłach lub zbiornikach pod ciśnieniem;
- 4) eksplozji;
- 5) implozji;
- 6) nadciśnienia;
- 7) zwarcia, przecięcia, powstania łuku elektrycznego, indukcji.

72. Pokryjemy też koszty przywrócenia ubezpieczonego mienia do stanu sprzed szkody, w tym koszty transportu, demontażu i montażu.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

73. Nie odpowiadamy za szkody, które powstały w przedmiotach lub wskutek okoliczności, które wymieniamy poniżej.

- 73.1. Szkody w sprzęcie elektronicznym, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o ubezpieczenie sprzętu elektronicznego stacjonarnego i przenośnego i zostało to potwierdzone w polisie.
- 73.2. Szkody w częściach i materiałach eksploatacyjnych, które z uwagi na ich charakter pracy podlegają wymianie w ramach konserwacji zgodnie z dokumentacją techniczno-ruchową lub zaleceniami producenta; to wyłączenie nie dotyczy oleju w transformatorach i wyłącznikach pełniących rolę izolacyjną.

- 73.3. Szkody w maszynach, urządzeniach, wyposażeniu, urządzeniach budowlanych, niebędących sprzętem elektronicznym, starszych niż 15 lat (daty liczone od roku produkcji).
- 73.4. Szkody, które powstały w następstwie normalnego zużycia lub starzenia się ubezpieczonego mienia.
- 73.5. Szkody spowodowane używaniem ubezpieczonego mienia niezgodnie z jego przeznaczeniem.
- 73.6. Szkody spowodowane kawitacją, korozją, erozją, utlenianiem i powstaniem kamienia kotłowego.
- 73.7. Szkody spowodowane innymi ryzykami objętymi ochroną w ramach tej umowy.

Dodatkowe rozszerzenia

74. Zakres ubezpieczenia w pakiecie Max może obejmować dodatkowe ryzyka w zależności od rodzaju ubezpieczonego mienia. Opisujemy je poniżej. Rozszerzenia obowiązują do limitu określonego w polisie, pod warunkiem, że potwierdzimy je w polisie i wskażemy ten limit. Limity odpowiedzialności określamy na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Sprzęt elektroniczny stacjonarny i przenośny – rozszerzenie zakresu

75. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową szkody w sprzęcie elektronicznym:

- 1) nie starszym niż 7 lat (daty liczone od roku produkcji);
- 2) stacjonarnym, który został zainstalowany na stanowisku pracy w miejscu ubezpieczenia, zgodnie ze wskazaniem producenta;
- 3) gotowym do użytku zgodnie z jego przeznaczeniem;
- 4) dla którego testy próbne zostały zakończone z wynikiem pozytywnym, chyba że przeprowadzenie tych testów nie było wymagane przez producenta.

76. Oprócz zdarzeń objętych ubezpieczeniem w pakiecie Max, obejmujemy ochroną ubezpieczeniową szkody, które powstały wskutek:

- 1) błędów w obsłudze, będących wynikiem m.in. nieostrożności, zaniedbania, niewłaściwego użytkowania, braku odpowiednich kwalifikacji, błędu operatora;
- 2) błędów popełnionych w trakcie konstrukcji;
- 3) błędów powstałych wskutek wad materiałowych;

4) błędów popełnionych w trakcie produkcji.

77. Przenośny sprzęt elektroniczny używany do prac służbowych przez Ubezpieczonego lub jego pracowników poza miejscem ubezpieczenia obejmujemy ochroną ubezpieczeniową na terytorium Unii Europejskiej oraz Szwajcarii, Norwegii, Islandii i Wielkiej Brytanii, do limitu określonego w polisie.

78. Przenośny sprzęt elektroniczny używany do prac służbowych przez Ubezpieczonego prowadzącego działalność gospodarczą lub jego pracowników poza miejscem ubezpieczenia obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w innych budynkach lub lokalach, pod warunkiem że budynek lub lokal jest zabezpieczony zgodnie z wymogami określonymi w pkt. 116.-119., 123., 125.-126.

79. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy szkody powstałe wskutek kradzieży z włamaniem z pojazdu i kradzieży wraz z pojazdem, pod warunkiem, że ubezpieczony sprzęt elektroniczny przenośny znajduje się w środku transportu użytkowanym zgodnie z przeznaczeniem i zabezpieczonym zgodnie z wymogami opisanymi w pkt. 124.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

80. Nie odpowiadamy za szkody, które powstały w przedmiotach lub wskutek okoliczności, które wymieniamy poniżej.

- 80.1. Szkody w częściach i materiałach eksploatacyjnych, które z uwagi na ich charakter pracy podlegają wymianie w ramach konserwacji zgodnie z dokumentacją techniczno-ruchową lub zaleceniami producenta.
- 80.2. Szkody, które powstały w następstwie normalnego zużycia lub starzenia się ubezpieczonego mienia.
- 80.3. Szkody spowodowane użytkowaniem ubezpieczonego mienia niezgodnie z jego przeznaczeniem.
- 80.4. Szkody spowodowane wadami lub usterkami ujawnionymi przed zawarciem umowy, znanymi Tobie lub Ubezpieczonemu.
- 80.5. Szkody powstałe w czasie naprawy oraz prób, z wyjątkiem prób dokonywanych w związku z badaniami eksploatacyjnymi.
- 80.6. Szkody w postaci defektów estetycznych: wgniecenia, porysowania, zadrapania na powierzchniach malowanych, polerowanych lub emaliowanych, zmiany barwy, odbarwienia.

Odpowiedzialność cywilna (zakres rozszerzony)

Co jest w zakresie ubezpieczenia

81. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie rozszerzonym obejmujemy odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody, które wymieniamy poniżej.

- 1) Szkody osobowe lub szkody majątkowe, które wynikają z emisji, wycieku, uwalniania się lub innej formy przedostania się do powietrza, wody lub gruntu jakichkolwiek substancji niebezpiecznych w rozumieniu prawa ochrony środowiska, o ile wystąpiły łącznie następujące warunki:
 - a) szkody i koszty są spowodowane przez zdarzenie nagłe, niespodziewane i niezależne od woli Ubezpieczonego lub osób, za które ponosi on odpowiedzialność;
 - b) zgłoszenie przez Ciebie lub Ubezpieczonego, o ile wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek, do Allianz roszczenia niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od chwili uzyskania informacji o emisji, wycieku lub innej formy przedostania się do powietrza, wody lub gruntu jakichkolwiek substancji niebezpiecznych w rozumieniu prawa ochrony środowiska.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

82. Ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy kosztów, roszczeń, świadczeń i odpowiedzialności za szkody, które wymieniamy poniżej.

- 82.1. Koszty badania, monitorowania lub kontroli zanieczyszczenia środowiska i substancji szkodliwych dla środowiska.
- 82.2. Koszty usuwania substancji szkodliwych dla środowiska z nieruchomości, która jest własnością, w posiadaniu, dzierżawie lub w inny sposób w pieczy Ubezpieczonego.
- 82.3. Szkody związane z eksploatacją gruntów lub obiektów przeznaczonych do przetwarzania, modyfikacji, czasowego albo stałego składowania lub unieszkodliwiania odpadów lub substancji żużliwych.
- 82.4. Szkody spowodowane działaniami prowadzonymi pod ziemią, które polegają na naruszeniu, uszkodzeniu lub zniszczeniu substancji naturalnie znajdujących się pod ziemią (np. wody, ropy naftowej, gazu) lub pociągają za sobą taki skutek.

- 82.5. Szkody polegające na stopniowej emisji, wycieku, uwalnianiu się lub innej formie przedostania się jakichkolwiek substancji niebezpiecznych.

Assistance (zakres rozszerzony)

Co jest w zakresie ubezpieczenia

83. Assistance w wariantcie rozszerzonym obejmuje dodatkowe usługi w postaci organizacji i pokrycia kosztów odzyskania danych elektronicznych i cyfrowych utraconych z powodu awarii sprzętu elektronicznego (komputera stacjonarnego, laptopa, tabletu), jeśli są spełnione warunki, które wymieniamy poniżej.

- 1) Ubezpieczony sprzęt elektroniczny jest użytkowany w miejscu ubezpieczenia wskazanym w polisie.
- 2) Ubezpieczony sprzęt elektroniczny nie jest starszy niż 5 lat (wiek urządzenia jest ustalany w oparciu o dowód zakupu ubezpieczonego sprzętu elektronicznego, a w przypadku jego braku, wiek urządzenia zweryfikuje specjalista). Ubezpieczony nie poniesie kosztów weryfikacji wieku urządzenia.

84. Usługa odzyskiwania danych jest ograniczona do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia i do limitu w wysokości 8 000 zł.

85. Przed rozpoczęciem wykonywania usługi poinformujemy Cię o kosztach przekraczających wartość limitu wskazanego powyżej.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

86. Nie świadczymy usług assistance w przypadkach, gdy szkoda wynika z lub polega na:

- 1) utracie oprogramowania;
- 2) uszkodzeniu (w tym awarii lub nieprawidłowym działaniu) systemu plików;
- 3) awarii niezwiązanej z elektronicznym uszkodzeniem dysku twardego (np. awarii systemu operacyjnego, wirusie, złośliwym oprogramowaniu);
- 4) przechowywania sprzętu elektronicznego niezgodnie z zaleceniami producenta;

- 5) działaniu prądu elektrycznego innego niż zwarcie lub przepięcie;
- 6) uszkodzeniu sprzętu elektronicznego, tj. komputera stacjonarnego, laptopa, tabletu spowodowanym wahaniami temperatury, zanieczyszczeniem, działaniem źródeł ciepła lub działaniem sił przyrody;
- 7) działaniu cieczy lub przypadkowym uszkodzeniu sprzętu elektronicznego, tj. komputera stacjonarnego, laptopa, tabletu;
- 8) działaniu cieczy lub przypadkowym uszkodzeniu maszyn, urządzeń lub wyposażenia;
- 9) próbie odzyskania danych elektronicznych i cyfrowych bez udziału naszego centrum alarmowego;
- 10) wymianie uszkodzonego sprzętu elektronicznego lub dysku twardego;
- 11) instalacji oprogramowania.

87. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w świadczeniu usługi spowodowane: stanem klęski żywiołowej, strajkami, zamieszkami, aktami terroryzmu, wojną, wojną domową lub skutkami działania energii jądrowej, siłą wyższą.

Trzęsienie ziemi

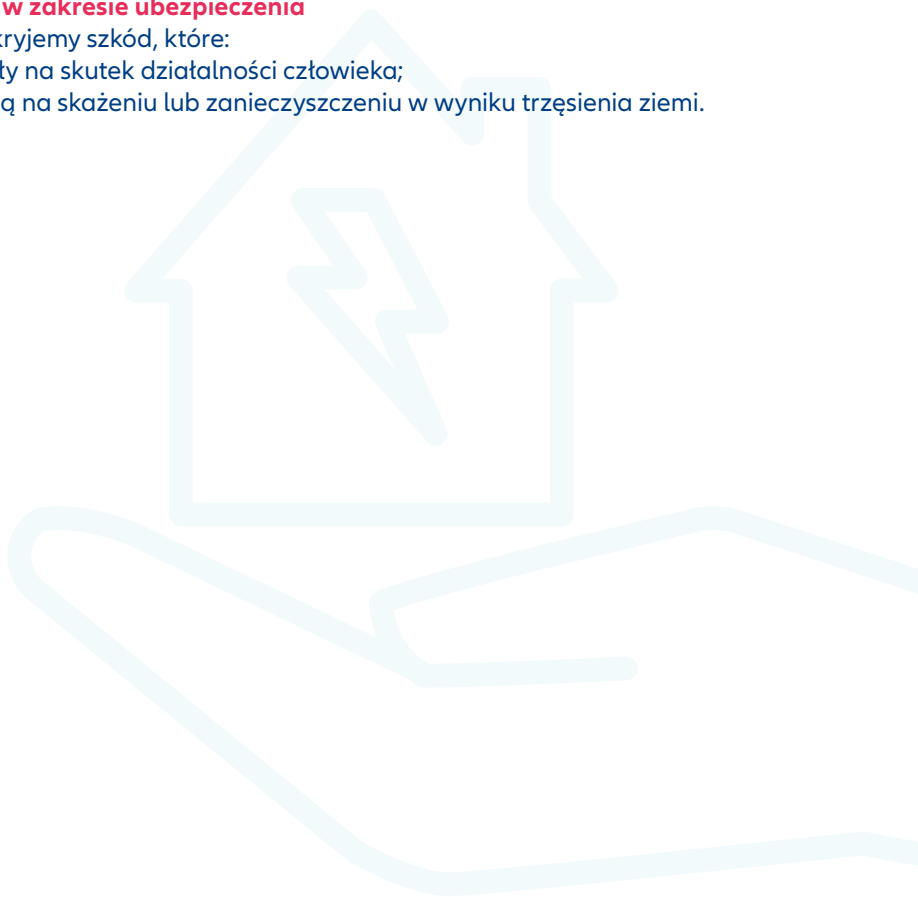
Co jest w zakresie ubezpieczenia

88. Obejmujemy ochroną, w zależności od Twojego wyboru, szkody spowodowane przez trzęsienie ziemi, czyli wstrząsy powierzchni ziemi wywołane nagłymi, naturalnymi przemieszczeniami mas skalnych w obrębie skorupy ziemskiej, niezwiązanymi z działalnością człowieka. Zakres obowiązuje pod warunkiem, że potwierdzimy go w polisie.

Co nie jest w zakresie ubezpieczenia

89. Nie pokryjemy szkód, które:

- 1) powstały na skutek działalności człowieka;
- 2) polegają na skażeniu lub zanieczyszczeniu w wyniku trzęsienia ziemi.



Jak określamy sumy ubezpieczenia, sumy gwarancyjne i limity odpowiedzialności

90. Suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna i limity odpowiedzialności to maksymalne kwoty, do których odpowiadamy w ramach umowy. Wynikają one z umowy i potwierdzamy je w polisie.

91. Sumę ubezpieczenia, sumę gwarancyjną oraz limity odpowiedzialności każdorazowo zmniejszymy o wysokość wypłaconych już przez nas odszkodowań, świadczeń oraz kosztów dodatkowych (konsumpcja sumy ubezpieczenia) aż do całkowitego ich wyczerpania, z wyjątkiem assistance, dla którego ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona również do liczby zdarzeń ubezpieczeniowych.

92. Ustalone w umowie limity odpowiedzialności zmniejszymy o kwoty odszkodowań, które wypłaciliśmy z tytułu szkód objętych tymi limitami. Jeżeli z powodu wypłaty odszkodowania lub świadczeń dodatkowych wysokość sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej stanie się niższa od jakiegokolwiek ustalonego limitu odpowiedzialności, limit ten ulega zmniejszeniu do wysokości zmniejszonej sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej.

Ubezpieczenie	Jak określamy sumę ubezpieczenia, sumę gwarancyjną lub limit odpowiedzialności
Ubezpieczenie mienia	Sumę ubezpieczenia (SU) deklarujesz oddzielnie dla dwóch grup ubezpieczonego mienia: Rzeczy ruchome • Dla maszyn, urządzeń, wyposażenia SU to wartość odtworzeniowa – nowa (gdy zużycie techniczne nie przekracza 50%) lub wartość rzeczywista (gdy zużycie techniczne przekracza 50%). • Dla środków obrotowych SU to wartość, która odpowiada cenie ich nabycia (jeżeli Ubezpieczony nie jest ich wytwórcą lub producentem) lub kosztom wytworzenia (jeżeli Ubezpieczony jest ich wytwórcą lub producentem). • Dla mienia osób trzecich SU to wartość rzeczywista. • Dla nakładów inwestycyjnych SU to wartość, która odpowiada poniesionym lub przewidywanym w okresie ubezpieczenia kosztom na adaptację budynku lub lokalu. • Dla mienia pracowniczego SU to wartość rzeczywista. • Dla wartości pieniężnych SU to wartość nominalna (wartość nominalną waluty obcej przelicza się na złote według średniego kursu ogłoszonego przez Prezesa NBP w dniu wystąpienia szkody). Nieruchomości • Dla budynków, budowli, lokali SU to wartość odtworzeniowa – nowa (gdy zużycie techniczne nie przekracza 50%) lub wartość rzeczywista (gdy zużycie techniczne przekracza 50%). • Dla elementów działki SU to wartość odtworzeniowa – nowa.
Odpowiedzialność cywilna	Suma gwarancyjna określona jest w umowie ubezpieczenia i potwierdzamy ją w polisie.
Assistance	Limity znajdziesz w części dotyczącej assistance (pkt. 48., 84.).

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

93. Obejmujemy automatyczną ochroną ubezpieczeniową, w zakresie ubezpieczenia, wzrost wartości ubezpieczonego mienia związany z jego modernizacją lub zakupem nowego mienia w trakcie trwania umowy. Limit odpowiedzialności dla zakresu opisanego w pierwszym zdaniu wynosi 20% sumy ubezpieczenia mienia, nie więcej niż 300 000 zł.

94. Ochrona ubezpieczeniowa opisana w pkt. 93. dotyczy miejsca ubezpieczenia potwierdzonego w polisie i trwa 30 dni od dnia udokumentowanego zakupu lub zwiększenia wartości mienia w dokumentach księgowych. Warunkiem przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na okres ponad 30 dni (nie dłużej niż do końca okresu obowiązywania umowy) dla nowo nabytego mienia jest zgłoszenie go do ubezpieczenia przed upływem 30 dni od dnia jego nabycia i opłacenie zaproponowanej przez nas dodatkowej składki.

95. Obejmujemy automatyczną ochroną ubezpieczeniową, w zakresie ubezpieczenia, rzeczy ruchome w nowej lokalizacji – w okresie od daty jej uruchomienia do momentu zgłoszenia do nas nowej lokalizacji. Limit odpowiedzialności dla zakresu opisanego w pierwszym zdaniu i pkt. 12. wynosi 20% sumy ubezpieczenia rzeczy ruchomych, nie więcej niż 200 000 zł.

Limity odpowiedzialności

96. Poniżej opisujemy sumy ubezpieczenia, sumy gwarancyjne i limity odpowiedzialności.

97. Dla ryzyk: pożar i inne zdarzenia losowe, ryzyka katastroficzne, zalanie, trzęsienie ziemi górną granicą naszej odpowiedzialności jest suma ubezpieczenia ubezpieczonego mienia.

98. Dla ryzyk: koszty stałe działalności, utrata czynszu, koszty utylizacji leków i utraty dokumentów do refundacji, stłuczenie przedmiotów szklanych, rozmrożenie lub zepsucie środków obrotowych i mienia osób trzecich, kradzież z włamaniem i rabunek, wandalizm, awaria maszyn i szkody elektryczne, sprzęt elektroniczny stacjonarny i przenośny – rozszerzenie zakresu górną granicą naszej odpowiedzialności jest limit określony w umowie ubezpieczenia i potwierdzony w polisie. Limit wybierasz, decydując czy chcesz limity podstawowe, czy podniesione.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

99. Dla szkód powstałych wskutek wandalizmu polegającego na pomalowaniu, porysowaniu, umieszczeniu napisów (graffiti) górna granica naszej odpowiedzialności wynosi 5 000 zł, jednak nie więcej niż limit dla ryzyka wandalizmu potwierdzony w polisie.

100. Dla ryzyka ubezpieczonych kosztów górna granica naszej odpowiedzialności wynosi 30% zadeklarowanej przez Ciebie sumy ubezpieczenia.

101. Nasza odpowiedzialność dla poniżej wymienionego mienia, za szkody powstałe na skutek zdarzeń objętych ochroną, jest ograniczona do limitów.

- 101.1. W przypadku mienia pracowniczego za szkodę w mieniu jednego poszkodowanego pracownika ponosimy odpowiedzialność do kwoty 1 000 zł.
- 101.2. W przypadku maszyn, urządzeń, wyposażenia używanych do prac służbowych przez Ubezpieczonego, prowadzącego działalność gospodarczą lub jego pracownika, poza miejscem ubezpieczenia ponosimy odpowiedzialność za szkody powstałe na skutek zdarzeń objętych ochroną do kwoty 10 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, jednak nie więcej niż suma ubezpieczenia zadeklarowana dla ubezpieczonych rzeczy ruchomych. Wraz z podniesieniem limitów w ubezpieczeniu mienia we wniosku o zawarcie umowy, podnosimy również limit dla mienia opisanego w tym ustępie do wysokości 50 000 zł.
- 101.3. W przypadku mienia podczas transportu ponosimy odpowiedzialność za szkody powstałe na skutek zdarzeń objętych ochroną do limitu odpowiedzialności 10 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, jednak nie więcej niż suma ubezpieczenia zadeklarowana dla ubezpieczonych rzeczy ruchomych. Wraz z podniesieniem limitów w ubezpieczeniu mienia we wniosku o zawarcie umowy, podnosimy również limit dla mienia opisanego w tym ustępie do wysokości 40 000 zł.
- 101.4. W przypadku maszyn, urządzeń, wyposażenia i środków obrotowych, które Ubezpieczony prezentuje na wystawach, targach lub pokazach ponosimy odpowiedzialność za szkody powstałe na skutek zdarzeń objętych ochroną do kwoty 30 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia – jednak nie więcej niż suma ubezpieczenia zadeklarowana dla ubezpieczonych rzeczy ruchomych.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 101.5. Dla ryzyka uderzenia pojazdu dla szkód powstałych wskutek uderzenia pojazdem wolnobieżnym ustalamy podlimit w wysokości 30 000 zł – nie więcej niż suma ubezpieczenia ubezpieczonego mienia.
- 101.6. Dla ryzyk katastroficznych w przypadku mienia przechowywanego na wolnym powietrzu ustalamy podlimit w wysokości 10% sumy ubezpieczenia zadeklarowanej przez Ciebie dla ubezpieczonych rzeczy ruchomych – nie więcej niż 100 000 zł.
- 101.7. Wartości pieniężne obejmujemy ochroną od pożaru i innych zdarzeń losowych oraz od ryzyk katastroficznych do kwoty 10 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia – jednak nie więcej niż suma ubezpieczenia zadeklarowana dla ubezpieczonych rzeczy ruchomych.
- 101.8. Wartości pieniężne obejmujemy ochroną od kradzieży z włamaniem oraz rabunku do limitu 150 000 zł, nie więcej niż suma ubezpieczenia rzeczy ruchomych oraz z zastrzeżeniem podlimitów w zależności od miejsca przechowywania tych wartości.
 - 1) Kasy fiskalne – 3 000 zł na jedną, ale nie więcej niż 6 000 zł na wszystkie kasy fiskalne.
 - 2) Kasety metalowe – 6 000 zł na jedną, ale nie więcej niż 10 000 zł na wszystkie kasety metalowe.
 - 3) Szafy sejfowe lub szafy stalowe bez udokumentowanej klasy odporności na włamanie – 20 000 zł.
 - 4) Urządzenia do przechowywania wartości pieniężnych o I lub II klasie odporności na włamanie – 100 000 zł.
 - 5) Urządzenia do przechowywania wartości pieniężnych powyżej II klasy odporności na włamanie – 150 000 zł.
- 101.9. Limit odpowiedzialności dla mienia ubezpieczonego od zaboru elementów zewnętrznych wynosi 20 000 zł.

102. Dla ryzyka odpowiedzialności cywilnej górną granicę odpowiedzialności stanowi suma gwarancyjna określona w umowie ubezpieczenia i potwierdzona w polisie. Możesz wybrać sumę gwarancyjną podstawową lub podniesioną.

Dodatkowo, w ramach sumy gwarancyjnej, obowiązują następujące podlimity:

- a) za szkody w rzeczach ruchomych przetwarzanych, czyszczonych, naprawianych, serwisowanych, pakowanych lub w inny sposób obsługiwanych w ramach usług świadczonych przez Ubezpieczonego: 50% sumy gwarancyjnej,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- b) za szkody w rzeczach ruchomych pozostających pod opieką lub kontrolą Ubezpieczonego: 50% sumy gwarancyjnej,
- c) za szkody osobowe spowodowane zakażeniem HIV, HCV, HBV (zgodnie z ust. 32.1., o ile potwierdziliśmy w polisie): 100 000 zł,
- d) za szkody osobowe spowodowane działaniem lasera (zgodnie z ust. 32.2., o ile potwierdziliśmy w polisie): 100 000 zł.

103. Dla ryzyka odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu farmaceuty lub technika farmacji (zgodnie z pkt. 35., o ile potwierdziliśmy w polisie) górną granicę odpowiedzialności stanowi suma gwarancyjna określona w umowie ubezpieczenia i potwierdzona w polisie.

104. Dla ryzyka odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy zgodnie z RMF – w przypadku kontraktu z NFZ (zgodnie z pkt. 36., o ile potwierdziliśmy w polisie): 10 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, 50 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

105. W przypadku, gdy wybrany pakiet obejmuje ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie podstawowym i rozszerzonym, suma gwarancyjna może wynosić łącznie dla obydwu zakresów wysokość wskazaną w polisie dla zakresu rozszerzonego.

Ogólne wyłączenia odpowiedzialności

2.2

[→ Spis treści](#)

2.2 OGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

106. Wyłączenia odpowiedzialności zawarte w tym rozdziale (z zastrzeżeniem pkt. 107), mają zastosowanie do wszystkich pakietów ubezpieczeń określonych w tych o.w.u., z wyłączeniem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy zgodnie z RMF (w przypadku kontraktu z NFZ), dla którego wyłączenia wynikają z ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych i UFG oraz RMF. Nie obejmujemy ochroną szkód i kosztów, które powstały na skutek wskazanych poniżej okoliczności.

- 106.1. Szkody spowodowane umyślnym działaniem Twoim lub Ubezpieczonego, na rachunek którego zawarłeś umowę. W sytuacji szkód spowodowanych rażącym niedbalstwem Twoim lub Ubezpieczonego, na rachunek którego zawarłeś umowę, jesteśmy wolni od odpowiedzialności, chyba że wypłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
- 106.2. Szkody, do których doszło podczas działania Twojego lub Ubezpieczonego, na rachunek którego zawarłeś umowę, lub osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym w stanie pod wpływem alkoholu, lub w stanie pod wpływem środków narkotycznych. Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli pozostawanie w tym stanie nie spowodowało szkody lub powiększenia jej zakresu.
- 106.3. Szkody powstałe w związku z wykonywaniem przedmiotu działalności, który nie został wskazany we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie oraz potwierdzony w polisie.
- 106.4. Szkody powstałe na skutek działań wojennych, działań zbrojnych noszących znamiona działań wojennych, konfliktów zbrojnych, wrogich działań obcych państw, wojny domowej, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, przewrotu wojskowego, buntu w siłach zbrojnych, rebelii, rewolucji, powstania, zamachu stanu, sabotażu.
- 106.5. Szkody powstałe w wyniku aktów terroryzmu, strajków, zamieszek, lokautów, niepokoїв społecznych.
- 106.6. Szkody powstałe w następstwie środków represyjnych stosowanych przez organy państwa: konfiskaty, nacjonalizacji, zajęcia, zawłaszczenia, zarekwirowania lub zniszczenia, również, gdy do zdarzenia doszło na podstawie decyzji podjętej przez uprawnione do tego władze.
- 106.7. Szkody powstałe w następstwie działania energii jądrowej, promieniowania jonizującego lub laserowego, zanieczyszczenia radioaktywnego, odpadów nuklearnych lub związków będących wynikiem spalania paliwa jądrowego, izotopów promieniotwórczych, oddziaływania pola elektromagnetycznego, broni lub innych urządzeń

2.2 OGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

wytwarzających lub wykorzystujących energię jądrową lub substancje radioaktywne (z zastrzeżeniem ust. 32.2.).

- 106.8. Szkody w mieniu powstałe w trakcie załadunku lub wyładunku tego mienia – wyłączenie nie dotyczy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (zakres podstawowy i zakres rozszerzony) oraz ubezpieczenia mienia podczas transportu.
- 106.9. Szkody związane z działalnością kopalni lub zakładu górniczego.
- 106.10. Szkody polegające na uszkodzeniu budynku, lokalu, budowli, elementów działki spowodowane ich zużyciem, wadliwym wykonaniem, wadliwą konserwacją lub jej brakiem.
- 106.11. Szkody wynikające z prowadzenia drobnych prac budowlano-montażowych przez osoby, które nie posiadają stosownych uprawnień do ich prowadzenia, o ile ich posiadanie jest wymagane przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
- 106.12. Szkody wynikające z błędów w sztuce budowlanej lub wady konstrukcyjnej, materiałowej, projektowej ubezpieczonego budynku, lokalu, budowli, elementów działki.
- 106.13. Szkody wynikające z użytkowania, przechowywania i konserwacji przedmiotu ubezpieczenia lub jego elementów niezgodnie z zaleceniami z instrukcji producenta.
- 106.14. Szkody wynikające z utraty przedmiotu ubezpieczenia w wyniku przywłaszczenia, defraudacji, zagubienia, sprzedaży, oddania, zamiany.
- 106.15. Szkody, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność w wyniku umownego rozszerzenia odpowiedzialności.
- 106.16. Szkody wynikające z obowiązku uiszczenia kar umownych lub opłat wynikających ze stosunku prawnego lub umownego (np. z tytułu podatków, czynszów, ceł, składek), grzywien sądowych, administracyjnych i odszkodowań o charakterze karnym oraz innych kar i środków karnych o charakterze pieniężnym.
- 106.17. Czyste straty finansowe.
- 106.18. Szkody powstałe w następstwie przerwy w użytkowaniu ubezpieczonego mienia (np. opóźnienia).
- 106.19. Szkody, które są bezpośrednimi następstwami trwającej eksploatacji (np. naturalne zużycie, utrata wartości z upływem czasu, pogarszanie się właściwości użytkowych).
- 106.20. Szkody spowodowane przez azbest.
- 106.21. Szkody powstałe wskutek przenikania lub przesiąkania wód gruntowych, chyba że szkoda powstała w wyniku ubezpieczonych ryzyk.

2.2 OGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- 106.22. Szkody spowodowane wibracjami związanymi z ruchem drogowym lub kolejowym, lub wibracjami generowanymi przez urządzenia zakładów przemysłowych, lub budowlanych.
- 106.23. Szkody, które powstały w wyniku przeniesienia choroby zakaźnej, w sytuacji gdy Ubezpieczony wiedział o chorobie lub przy zachowaniu należytej staranności wiedzieć powinien.
- 106.24. Szkody spowodowane przez działanie wirusów komputerowych, „koni trojańskich”, bomb czasowych lub logicznych, złośliwego oprogramowania szyfrującego, lub wymuszającego opłaty, innych programów mających charakter złośliwy lub niszczący, nieautoryzowanego kodu lub programu, bez względu na to, czy zostały wprowadzone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, osobę trzecią, lub rozprzestrzeniony się w ramach użytkowania komputerów, lub sieci komputerowych.
- 106.25. Szkody spowodowane przez działanie hakerów lub przestępców komputerowych, włamanie do systemów komputerowych, urządzeń elektronicznych lub elektronicznych elementów sterujących, bądź wbudowanych w nie chipów, sieci wewnętrznych, lub zewnętrznych, lub nieautoryzowanego dostępu do systemów elektronicznych, w tym powstałego wskutek ujawnienia haseł dostępowych osobom bliskim, lub osobom trzecim, niezależnie od tego, czy było to świadome czy nieświadome działanie.
- 106.26. Szkody polegające na zniszczeniu, zmianie pierwotnej formy danych, skasowaniu, uszkodzeniu, zakłóceniu lub zniekształceniu danych, struktur kodu, programu lub oprogramowania oraz nieprawidłowym zastosowaniu oprogramowania, nośników informacji, niezadziałaniu sprzętu, systemów komputerowych, urządzeń elektronicznych, elektronicznych systemów sterujących bądź wbudowanych w nie chipów.
- 106.27. Szkody, następstwa, a także okoliczności, które mogą powodować lub powodowałyby zobowiązanie do spełnienia przez nas świadczenia, w zakresie w jakim naruszałoby to jakiekolwiek obowiązujące międzynarodowe przepisy przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych lub inne mające zastosowanie regulacje Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych, jak też inne właściwe przepisy lub regulacje przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych.
- 106.28. Szkody polegające na niewyjaśnionym zaginięciu, podmianie, brakach inwentarzowych mienia, chyba że są one następstwem ubezpieczonego w ramach umowy ryzyka.

2.2 OGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- 106.29. Koszty powstałe w związku z demontażem, naprawą, remontem, ponownym ustawieniem oraz konserwacją masztów, dźwigów, komi-nów lub innych budowli oraz ich mocowań.
- 106.30. Szkody powstałe na skutek nieprawidłowego rozmieszczenia lub zamocowania rzeczy w pojeździe, a także przekroczenia norm wago-nych ładunku środka transportu, jeżeli czynności te były wykonywane przez Ubezpieczonego lub jego pracownika.
- 106.31. Szkody powstałe na skutek zastosowania opakowania nieza-pewniającego bezpieczeństwa mienia podczas transportu, jeżeli było to przyczyną wystąpienia szkody lub powiększenia jej rozmia-rów, a winę za powyższe nieprawidłowości ponosi Ubezpieczony lub jego pracownik.
- 106.32. Szkody powstałe podczas kierowania pojazdem przeznaczonym do przewozu mienia podczas transportu, który nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli stan techniczny pojazdu spowodował szkodę lub zwiększył jej rozmiar.
- 106.33. Szkody powstałe podczas kierowania pojazdem przeznaczo-nym do przewozu mienia podczas transportu przez Ubezpieczonego lub jego pracownika w stanie pod wpływem alkoholu lub w stanie pod wpływem środków narkotycznych, jeżeli pozostawanie w tym stanie spowodowało szkodę lub zwiększyło jej rozmiar.
- 106.34. Szkody powstałe w wyniku chorób zakaźnych, a także działań podjętych z obawy przed chorobą zakaźną, lub kontrolowania, zapo-biegania rozprzestrzenianiu się lub zwalczania choroby zakaźnej.

107. Nie obejmujemy ochroną szkód i kosztów, spowodowanych umyślnie przez osobę, z którą Ty lub Ubezpieczony (na rachunek którego zawarłeś umowę) pozostajecie we wspólnym gospodarstwie domowym.

Obowiązki Twoje i Ubezpieczonego

W tej części znajdziesz informacje o tym, jakie są Twoje obowiązki jako Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego i jakie są nasze obowiązki jako Ubezpieczyciela.

2.3

[→ Spis treści](#)

Obowiązki Twoje lub Ubezpieczonego

Gdy zawierasz umowę, masz obowiązki, które wymieniamy poniżej.

108. Ujawnić nam wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytaliśmy Cię we wniosku o zawarcie umowy albo w innych pismach przed zawarciem umowy. Jeśli zawierasz umowę przez przedstawiciela, na nim także spoczywa ten obowiązek i obejmuje ponadto jemu znane okoliczności. Jeśli nie otrzymamy odpowiedzi na poszczególne pytania, a mimo to zawrzemy z Tobą umowę, to uznajemy, że pominięte okoliczności nie były istotne. Jeśli w czasie trwania umowy okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy zmieniają się, masz obowiązek poinformować nas o tym niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

109. Jeśli zawrzesz umowę na cudzy rachunek, obowiązki te spoczywają zarówno na Tobie, jak i na Ubezpieczonym. Wyjątkiem są sytuacje, gdy Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

110. Nie odpowiadamy za skutki okoliczności, o których nie wiedzieliśmy, pomimo że miałeś obowiązek nas o nich poinformować. Jeśli Ty lub Ubezpieczony umyślnie nie ujawniliście nam tych okoliczności, w razie wątpliwości przyjmujemy, że objęte ochroną zdarzenie i jego następstwa są skutkiem okoliczności, których nam nie ujawniono.

111. Ubezpieczony ma prawo uzyskać od nas informacje o postanowieniach umowy, które dotyczą jego praw i obowiązków.

112. Każde oświadczenie, które do nas wysyłasz, powinno zawierać Twoje dane, które pomogą nam Cię zidentyfikować.

Gdy dojdzie do szkody, Ubezpieczony ma obowiązki, które wymieniamy poniżej.

113. Użyć dostępnych środków, aby ratować przedmiot ubezpieczenia oraz zapobiec szkodzie lub zmniejszyć jej rozmiary. Jeśli Ty lub Ubezpieczony umyślnie, lub przez rażące niedbalstwo nie dopełniesz tego obowiązku, nie odpowiadamy za szkody powstałe z tego powodu, lub za te, których rozmiar powiększył się z tego powodu. Jesteśmy przy tym zobowiązani, w granicach sumy ubezpieczenia, zwrócić koszty wynikłe

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

z zastosowania tych środków, jeżeli środki te były celowe – nawet jeśli okazały się bezskuteczne.

114. Zawiadomić nas o zdarzeniu – ten obowiązek dotyczy również Ubezpieczonego, jeśli wiedział on o zawarciu umowy na jego rachunek. Termin zawiadomienia jest wskazany w ust. 133.3. Jeśli Ty lub Ubezpieczony (o ile wie o zawarciu umowy na jego rachunek) umyślnie, lub przez rażące niedbalstwo nie poinformujecie nas o zdarzeniu, możemy odpowiednio zmniejszyć wypłacane odszkodowanie, gdy miało to wpływ na zwiększenie szkody, lub nie pozwoliło nam ustalić okoliczności i skutków zdarzenia. Skutki braku zawiadomienia nas o wypadku nie następują, jeżeli w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymaliśmy wiadomość o okolicznościach, które należało podać do naszej wiadomości.

115. Zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

Dodatkowe obowiązki związane z ubezpieczeniem

Ogólne wymogi bezpieczeństwa

116. Ubezpieczony ma obowiązki, które wymieniamy poniżej.

- 116.1. Przestrzegać powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym przepisów prawa budowlanego, ochrony przeciwpożarowej, BHP, eksploatacji i konserwacji ubezpieczonego mienia, zapewniać dozór techniczny nad urządzeniami, przeprowadzać remonty okresowe i zapewnić bieżącą konserwację i użytkowanie mienia zgodnie z zaleceniami producenta, stosować środki zapobiegające zamarzaniu, zapewnić ogrzewanie w budynku lub lokalu.
- 116.2. Utrzymywać ubezpieczone mienie w stanie pozwalającym na użytkowanie ubezpieczonego mienia, bieżącej konserwacji i niezwłocznego (nie później niż w ciągu 72 godzin od chwili wystąpienia awarii) naprawiania instalacji i urządzeń służących do doprowadzania i odprowadzania pary wodnej, wody lub innych cieczy oraz stosowania środków zapobiegających zamarzaniu, między innymi poprzez zapewnienie w sezonie grzewczym ogrzewania budynku lub lokalu, a w przypadku

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

braku takiej możliwości zakręcenie zaworów i spuszczenia wody z instalacji.

- 116.3. Stosować wszystkie zabezpieczenia przeciwkradzieżowe i przeciwpożarowe określone w ust. 116.5.-116.7. oraz serwisować je zgodnie z zaleceniami producenta.
- 116.4. Zapewnić, że klucze do zamków, klódek, karty dostępu, piloty do zdalnego zamykania prowadzące do miejsca ubezpieczenia poza Ubezpieczonym mają tylko osoby, które upoważnił on do ich przechowywania.
- 116.5. Wyposażyć ubezpieczone budynki lub lokale w środki zabezpieczenia przeciwpożarowego posiadające świadectwo dopuszczenia do stosowania w ochronie przeciwpożarowej zgodnie z obowiązującymi normami prawnymi, stosownie do przeznaczenia budynku lub lokalu.
- 116.6. Poddawać urządzenia przeciwpożarowe i gaśnice przeglądom technicznym i konserwacjom w okresach oraz w zakresie ustalonych prawem lub zaleceniami producenta.
- 116.7. Zapewnić dostęp do gaśnic i urządzeń przeciwpożarowych, źródeł wody do celów przeciwpożarowych, wyłączników głównych prądu elektrycznego i głównych zaworów gazowych.

Konstrukcja ubezpieczonych budynków i lokali, w których znajduje się ubezpieczone mienie

117. Konstrukcja ubezpieczonych budynków i lokali powinna spełniać wymogi, które wymieniamy poniżej.

- 117.1. Ubezpieczony budynek lub lokal oraz jego elementy konstrukcyjne, takie jak: sufity, ściany, podłogi, dachy, muszą być utrzymywane w należytym stanie technicznym, o konstrukcji, której zniszczenie lub pokonanie nie jest możliwe bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów użycia siły lub narzędzi.
- 117.2. Wszystkie otwory w ścianach, sufitach, podłogach i dachach muszą być zabezpieczone w sposób uniemożliwiający dostęp do ubezpieczonego budynku lub lokalu bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów użycia siły lub narzędzi.
- 117.3. Jeżeli budynek lub lokal, w którym znajduje się ubezpieczone mienie, jest połączony z innym budynkiem lub lokalem, użytkowanym przez osobę trzecią, drzwiami, oknem lub innym otworem, to otwory te muszą być zabezpieczone zgodnie z wymogami stawianymi przez nas dla drzwi, okien i otworów zewnętrznych, zgodnie z pkt. 118.-119. poniżej.

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

- 117.4. Budynki lub lokale wykonane w całości lub w części z siatki drucianej lub innych konstrukcji ażurowych, a także z brezentu, plandeki lub powłok z tworzyw sztucznych (budowle pneumatyczne, namioty, tunele foliowe), nie są uważane przez nas za należycie zabezpieczone.

Konstrukcja i zabezpieczenie drzwi

118. Konstrukcja i zabezpieczenie drzwi powinny spełniać wymogi, które wymieniamy poniżej.

- 118.1. Wszystkie drzwi zewnętrzne do ubezpieczonego budynku lub lokalu muszą być utrzymane w takim stanie technicznym oraz tak skonstruowane, osadzone w elementach konstrukcyjnych budynku i zamknięte, że ich wyłamanie, wyważenie lub otwarcie nie może być możliwe bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów ich użycia albo bez użycia podrobionych lub dopasowanych kluczy.
- 118.2. Jeżeli w ubezpieczonym budynku lub lokalu drzwi są wyposażone w sztaby, skoble lub zawiasy zewnętrzne, to muszą one być wmurowane w ściany lub przytwierdzone zaklinowanymi śrubami lub zamocowanymi w inny sposób od wewnątrz, a ich wyłamanie lub wyważenie nie może być możliwe bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów ich użycia.
- 118.3. Jeżeli zewnętrzne drzwi ubezpieczonego budynku lub lokalu posiadają dwa skrzydła, to jedno z nich musi być unieruchomione przy pomocy zasuw blokujących skrzydło od góry i od dołu. Zasuwki muszą znajdować się od wewnątrz ubezpieczonego budynku lub lokalu.
- 118.4. Drzwi zewnętrzne do ubezpieczonego budynku lub lokalu muszą być antywyłamaniowe, lub zamknięte na:
 - 1) dwa zamki wielozastawkowe lub dwie kłódki wielozastawkowe umieszczone na oddzielnych skoblach, lub
 - 2) jeden atestowany zamek wielopunktowego ryglowania, lub
 - 3) pojedynczy zamek wielozastawkowy lub kłódkę wielozastawkową, lub jeden zamek zabezpieczony złożonym kodem dostępu (karta magnetyczna, kod cyfrowy, czytnik biologiczny), jeśli ustanowiono stały dozór lub zainstalowano system alarmowy.
- 118.5. Jeżeli drzwi zewnętrzne ubezpieczonego budynku lub lokalu są oszklone, lub częściowo przeszklone a wielkość oszklwienia umożliwia wejście sprawcy do wnętrza ubezpieczonego budynku, lub lokalu w przypadku stłuczenia szyby, to drzwi uznaje się za odpowiednio zabezpieczone, jeśli oszklwienie jest zabezpieczone kratą, roletą

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

antywłamaniową lub szybami o podwyższonej odporności na włamanie (co najmniej klasy P3/P3A). Wymagania te nie są obowiązkowe, jeżeli istnieje stały dozór lub jeśli budynek lub lokal zaopatrzony jest w system alarmowy.

Konstrukcja i zabezpieczenie okien

119. Konstrukcja i zabezpieczenie okien powinna spełniać wymogi, które wymieniamy poniżej.

- 119.1. Wszystkie zewnętrzne oszklone otwory w ubezpieczonym budynku lub lokalu muszą być utrzymane w takim stanie technicznym oraz tak skonstruowane, osadzone w elementach konstrukcyjnych budynku oraz zamknięte, że ich wyłamanie, wyważenie, wybicie lub otwarcie nie może być możliwe bez użycia siły, lub narzędzi i pozostawienia śladów ich użycia.
- 119.2. Okna i inne otwory zewnętrzne w ubezpieczonych budynkach lub lokalach znajdujące się w piwnicach, suterrenach lub na parterze, a także na wyższych kondygnacjach, gdy możliwy jest do nich dostęp ze znajdujących się pod nimi lub obok nich tarasów, przybudówek, balkonów, drabinek, drzew, wiatrołapów, daszków, piorunochronów, w zależności od zastosowanych dodatkowych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, muszą posiadać jedno z wymienionych poniżej zabezpieczeń.
 - 1) Szyby wzmocnione klasy P3/P3A lub wyższej.
 - 2) Kraty lub kraty żaluzjowe uniemożliwiające przedostanie się do wnętrza ubezpieczonego budynku, lub lokalu bez uprzedniego ich usunięcia, lub uszkodzenia przy pomocy siły, lub narzędzi.
 - 3) Rolety antywłamaniowe zabezpieczone przed podniesieniem automatem ryglującym, zasuwką lub zamkiem, osadzone we wzmocnionych prowadnicach.
- 119.3. Powyższych zaleceń nie stosuje się, gdy w ubezpieczonym budynku lub lokalu po godzinach pracy lub urzędowania:
 - 1) ustanowiono stały dozór lub
 - 2) zainstalowano i włączono system alarmowy.

Przechowywanie wartości pieniężnych

120. Ubezpieczone wartości pieniężne powinny być przechowywane w urządzeniach lub pomieszczeniach służących do przechowywania wartości pieniężnych spełniających warunki techniczne określone

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

w przepisach prawa regulujących zasady i wymagania, jakim powinna odpowiadać ochrona wartości pieniężnych przechowywanych i transportowanych przez przedsiębiorców i inne jednostki organizacyjne.

121. Urządzenia do przechowywania ubezpieczonych wartości pieniężnych, szafy sejfowe, szafy stalowe o wadze poniżej 300 kg muszą być trwale przymocowane do podłogi lub ściany ubezpieczonego budynku lub lokalu.

122. Pomieszczenia i urządzenia przeznaczone do przechowywania ubezpieczonych wartości pieniężnych oraz systemy alarmowe muszą być utrzymane w takim stanie technicznym, że ich otwarcie nie może być możliwe bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów ich użycia albo bez użycia podrobionych, lub dopasowanych kluczy oraz powinny być zamknięte w sposób zgodny z ich konstrukcją, w tym na wszystkie zamki, a systemy alarmowe włączone.

Zabezpieczenie kluczy

123. Zabezpieczenie kluczy powinno spełniać wymogi, które wymieniamy poniżej.

- 123.1. Wszystkie klucze (w tym zastępujące tradycyjne klucze urządzenia dostępowe, np. piloty zdalnego sterowania, karty elektroniczne, magnetyczne) do zamków i kłódek, urządzeń do przechowywania wartości pieniężnych, karty i kody dostępu, piloty do zamknięć i alarmów ubezpieczonych budynków lub lokali, ich wewnętrznych pomieszczeń, klatek schodowych i korytarzy powinny być w wyłącznym posiadaniu Ubezpieczonego lub osób uprawnionych do ich przechowywania i powinny być przechowywane w sposób chroniący je przed kradzieżą i dostępem do nich osób nieuprawnionych.
- 123.2. W razie zagubienia lub zaginięcia kluczy (także zapasowych) do ubezpieczonych budynków, lokali Ubezpieczony zobowiązany jest do natychmiastowej wymiany zamków na własny koszt.

Zabezpieczenie mienia podczas transportu

124. Ubezpieczone mienie, które znajduje się w trakcie transportu, obejmujemy ochroną wyłącznie wtedy, gdy jednocześnie są spełnione poniższe warunki.

- 124.1. Pojazd, w którym znajduje się ubezpieczone mienie, jest zamknięty na wszystkie fabryczne zamki.

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

- 124.2. Ubezpieczone mienie jest przechowywane w sposób uniemożliwiający jego zobaczenie z zewnątrz (dotyczy także ubezpieczonych telefonów komórkowych).
- 124.3. Ubezpieczone mienie jest zamknięte w części pojazdu wyposażonej w twardy dach lub w bagażniku.
- 124.4. Pojazd, w którym jest przechowywane ubezpieczone mienie, posiada zabezpieczenia antywłamaniowe, które były włączone (m.in.: sprawny alarm antywłamaniowy, blokada kierownicy, blokada skrzyni biegów, immobilizer lub inne urządzenie uniemożliwiające uruchomienie pojazdu).
- 124.5. W godzinach 22.00 – 6.00 zamknięty pojazd z włączonymi zabezpieczeniami opisanymi powyżej został pozostawiony na czas postoju w miejscu strzeżonym, tj.:
 - 1) na terenie ogrodzonym, zamkniętym, oświetlonym po zmroku lub
 - 2) pod statym dozorem, lub
 - 3) w garażu zamkniętym na co najmniej dwa wielozastawkowe zamki lub kłódki, lub jeden zamek lub kłódkę z atestem, lub automatyczną bramę garażową.

Zabezpieczenie lokali w centrach handlowych lub budynkach biurowych

125. Ubezpieczone lokale znajdujące się w budynkach biurowych, centrach handlowych lub handlowo-rozrywkowych (w którym znajduje się ubezpieczone mienie), w których wykonywany jest stały dozór, uznajemy za wystarczająco zabezpieczone, jeżeli drzwi, w tym drzwi rolowane, są zamknięte na co najmniej jeden zamek wielozastawkowy lub co najmniej jeden zamek zabezpieczony złożonym kodem dostępu (karta magnetyczna, kod cyfrowy, czytnik biologiczny).

126. W przypadku ubezpieczenia stoiska handlowego (tzw. wyspy handlowej) w centrum handlowym nasza odpowiedzialność istnieje w przypadku pokonania przez sprawcę, z pozostawieniem śladów włamania, zewnętrznych zabezpieczeń centrum handlowego.

Zabezpieczenie mienia na placu

127. W odniesieniu do ubezpieczonego mienia składowanego poza budynkiem lub lokalem (tj. na wolnym powietrzu) plac, na którym znajduje się ubezpieczone mienie, musi być ogrodzony, oświetlony po zmroku, lub być objęty całodobowym statym dozorem, lub systemem alarmowym

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

z monitoringiem, który – zgodnie z umową z przedsiębiorcą zapewniającym ochronę mienia – zapewnia włączenie do akcji załóg patrolowo-interwencyjnych do maksymalnie 15 minut.

Nasze obowiązki

128. Mamy obowiązek odpowiedzieć kompletnie i rzetelnie na wszystkie Twoje pytania przed zawarciem umowy ubezpieczenia, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia oraz w procesie likwidacji szkody.

Gdy dojdzie do szkody, mamy obowiązki:

129. Zrealizować wszystkie należne świadczenia.

130. Poinformować Ubezpieczonego o zakończeniu procesu likwidacji szkody.

131. Poinformować Ubezpieczonego, jeśli nie będziemy w stanie wywiązać się z terminów zakończenia procesu likwidacji szkody. Szczegóły znajdują się w rozdziale Ocena szkody.

132. Wypłacić należne odszkodowanie lub świadczenie w złotych.

Szkoda – i co dalej

Gdy pojawia się szkoda, nie jest to przyjemne. Jednak proces jej zgłoszenia i obsługi może być prosty.

2.4

[→ Spis treści](#)



Gdy dojdzie do szkody

133. W razie szkody Ubezpieczony powinien wykonać czynności, które opisujemy poniżej.

- 133.1. Zapewnić pierwszą pomoc oraz wezwać odpowiednie jednostki ratownicze, jeżeli rodzaj zdarzenia tego wymaga.
- 133.2. Wezwać policję, jeśli zdarzył się wypadek, który mógł stanowić przestępstwo lub w którym zostali ranni, lub zginęli ludzie (w tym także w przypadku utraty rzeczy w wyniku kradzieży z włamaniem lub rozboju).
- 133.3. Zgłosić szkodę nie później niż w ciągu 3 dni, licząc od dnia szkody lub dnia, w którym Ubezpieczony dowiedział się o zdarzeniu, które ją wywołało. Najszybciej można to zrobić:
 - przez formularz na naszej stronie internetowej www.allianz.pl,
 - telefonicznie pod numerem 224 224 224*.
- 133.4. Podać nam informacje niezbędne do ustalenia przyczyny, zakresu i rodzaju szkody.
- 133.5. Jeśli Ubezpieczony podczas zgłaszania szkody umyślnie poda nam nieprawdziwe informacje o przyczynach, zakresie szkody lub umyślnie

nie poda nam pełnych informacji, możemy – w zakresie, w jakim Ubezpieczony to spowodował:

- żądać zwrotu poniesionych przez nas kosztów ustalenia przyczyny szkody,
 - zmniejszyć kwotę wypłacanego odszkodowania,
 - odmówić realizacji świadczenia.
- 133.6. Pozostawić bez zmian miejsce szkody do czasu przybycia naszego przedstawiciela w celu ustalenia okoliczności szkody, nie dłużej jednak niż 7 dni od dnia zawiadomienia nas o powstaniu szkody, chyba że konieczne jest zabezpieczenie mienia przed powiększeniem się szkody lub wymaga tego interes publiczny, lub inny ważny interes Ubezpieczonego.
 - 133.7. Umożliwić naszym przedstawicielom lub osobom działającym na nasze zlecenie dokonanie niezbędnych czynności mających na celu ustalenie przyczyny i rozmiarów szkody oraz zasadności roszczeń i wysokości szkody, oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień, a w szczególności udostępnić pełną, posiadaną dokumentację księgową ubezpieczonego mienia.
 - 133.8. Dostarczyć naszym przedstawicielom lub osobom działającym na nasze zlecenie w terminie 14 dni od daty wystąpienia szkody dokumenty wskazane przez nas lub osoby działające na nasze zlecenie w celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia, w tym wykaz utraconych, zniszczonych lub uszkodzonych przedmiotów ubezpieczenia wraz z dokumentacją, na podstawie której sporządzono rachunek strat.
 - 133.9. Jeżeli po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony potrzebuje skorzystać z usług assistance, powinien skontaktować się z naszym całodobowym centrum alarmowym, które zorganizuje wizytę specjalisty.
 - 133.10. Jeżeli w wyniku zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony utracił dane elektroniczne lub cyfrowe i chce je odzyskać, powinien skontaktować się z naszym całodobowym centrum alarmowym. Ubezpieczony powinien przestać nam sprzęt elektroniczny (komputer stacjonarny, laptop, tablet), który uległ awarii lub tylko jego dysk, który jest nośnikiem danych. W szczególnych przypadkach będziemy musieli otworzyć dysk. Wtedy będziemy potrzebować zgody Ubezpieczonego na jego otwarcie.



Ocena szkody

134. Mamy prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kosztorysów, wykazów lub rachunków, co do zasad, zakresu robót i wysokości kosztów na podstawie publikacji cenowych o zasięgu ogólnopolskim oraz do szacowania kosztów robót budowlano-montażowych według średnich cen stosowanych w robotach budowlanych na terenie powiatu, lub odpowiednio miasta na prawach powiatu, w obrębie którego znajduje się miejsce ubezpieczenia.

135. Jeżeli podczas weryfikacji okaże się, że wysokość kosztów przedstawiona przez Ubezpieczonego jest wyższa niż wartość określona zgodnie z zasadami opisanymi w pkt. 134., nasza odpowiedzialność jest ograniczona do kwoty, która wynika z kalkulacji sporządzonej zgodnie z zasadami określonymi w tym punkcie.

136. W przypadku utraty danych nasze całodobowe centrum operacyjne przydzieli Ubezpieczonemu jeden z naszych partnerskich warsztatów do zdiagnozowania i określenia, czy utracone dane można odzyskać. W tym celu Ubezpieczony musi wystać sprzęt elektroniczny (komputer stacjonarny, laptop, tablet), który uległ awarii lub tylko jego dysk do jednego z naszych partnerskich warsztatów. Po pomyślnym odzyskaniu danych specjalista ustali z Ubezpieczonym godzinę zwrotu urządzenia (od poniedziałku do piątku, w godzinach pracy od 9:00 do 17:00). Pamiętaj, że nie możemy zagwarantować odzyskania danych.



Terminy realizacji świadczeń

137. Spełnimy świadczenie w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu. Jeżeli w tym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia okaże się niemożliwe, świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będzie możliwe wyjaśnienie tych okoliczności.

138. Spełnimy bezsporną część świadczenia w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.

139. Wszystkie szkody powstałe w czasie następujących po sobie 72 godzin na skutek tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego: deszczu, gradu, silnego wiatru, naporu śniegu i lodu, lawiny, osunięcia i zapadania się ziemi, powodzi, trzęsienia ziemi traktujemy jako jedną szkodę w odniesieniu do sum ubezpieczenia, limitów odpowiedzialności oraz franszyzy redukcyjnej określonych w umowie.

140. Jeśli zdarzenie wymienione w pkt. 139. rozpocznie się w okresie ubezpieczenia i będzie oddziaływało po jego zakończeniu, wypłacimy Ubezpieczonemu odszkodowanie za skutki tego zdarzenia powstałe w ciągu 72 godzin od chwili zaistnienia tego zdarzenia.

141. Nie pokryjemy szkody wynikłej ze zdarzeń wymienionych w pkt. 139-140., które wystąpiły przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej lub po jej wygaśnięciu.



Ogólne zasady ustalania wysokości odszkodowania

142. Wypłacimy odszkodowanie, jeżeli szkoda w ubezpieczonym mieniu powstała w miejscu ubezpieczenia, w okresie ubezpieczenia w następstwie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności.

143. Wypłacimy należne odszkodowanie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego w kwocie odpowiadającej zweryfikowanej wartości roszczenia, nie większej jednak niż suma ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności określony we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w przyjętej przez Ciebie ofercie, a następnie potwierdzony w polisie.

144. W zależności od sposobu ustalenia i zadeklarowania wartości przedmiotu ubezpieczenia wysokość szkody określa się na podstawie cen z dnia wystąpienia szkody w sposób, który podajemy poniżej.

- 144.1. W przypadku statych elementów wykończeniowych – według wysokości kosztów remontu lub odbudowy w tym samym miejscu, tego samego rodzaju, konstrukcji, powierzchni i standardu, przy zastosowaniu takich samych materiałów.
- 144.2. W przypadku ubezpieczenia według wartości odtworzeniowej – nowej, dla przedmiotu ubezpieczenia, którego stopień zużycia technicznego nie przekracza 50% – bez potrącania stopnia zużycia technicznego.
- 144.3. W przypadku ubezpieczenia według wartości odtworzeniowej – nowej, dla przedmiotu ubezpieczenia, którego stopień zużycia technicznego przekracza 50% – z potrąceniem stopnia zużycia technicznego.
- 144.4. W przypadku ubezpieczenia według wartości rzeczywistej – z potrąceniem stopnia zużycia technicznego.
- 144.5. W przypadku maszyn, urządzeń, wyposażenia – według kosztów naprawy, nabycia lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości, z uwzględnieniem zasad opisanych w ust. 144.2.-144.4.

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

- 144.6. W przypadku wartości pieniężnych:
 - 1) papiery wartościowe – według ceny sprzedaży, w przypadku papierów wartościowych będących przedmiotem obrotu giełdowego, według ich ceny giełdowej, pomniejszonej o prowizję maklerską;
 - 2) pozostałe wartości pieniężne – według wartości nominalnej, przy czym zagraniczne znaki pieniężne przelicza się na złote według średniego kursu NBP z dnia wystąpienia szkody.
- 144.7. W przypadku środków obrotowych – według ceny ich zakupu (jeżeli Ubezpieczony sam nie wytwarza lub nie produkuje takiego mienia) lub kosztów wytworzenia (jeżeli Ubezpieczony sam wytwarza lub produkuje takie mienie), lub kosztów naprawy, lub czyszczenia.
- 144.8. W przypadku mienia osób trzecich – według kosztów naprawy z potrąceniem zużycia technicznego, a w przypadku utraty lub zniszczenia według wartości rzeczywistej, nie wyższej niż określona w dowodzie przyjęcia (bez marży i prowizji Ubezpieczonego); jeżeli przedmiotem ubezpieczenia jest fabrycznie nowe mienie osób trzecich przyjęte w celu dalszej sprzedaży, wówczas mają zastosowanie zasady wskazane w ust. 144.7.
- 144.9. W przypadku nakładów inwestycyjnych – według kosztów naprawy, odbudowy lub remontu, również w sytuacji, gdy nakłady inwestycyjne należące do właściciela budynku, lokalu, były poniesione przez użytkownika budynku, lokalu, który jest zobowiązany do ich naprawienia.
- 144.10. W przypadku mienia pracowniczego – według kosztów naprawy z potrąceniem zużycia technicznego, a w przypadku utraty lub zniszczenia według wartości rzeczywistej.
- 144.11. W przypadku mienia niskocennego – według kosztów naprawy z potrąceniem zużycia technicznego, a w przypadku utraty lub zniszczenia według wartości rzeczywistej.
- 144.12. W przypadku mienia podczas transportu – według kosztów naprawy, nabycia, lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości:
 - 1) dla mienia fabrycznie nowego – bez potrącenia stopnia zużycia technicznego;
 - 2) dla mienia używanego – z potrąceniem stopnia zużycia technicznego;

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

145. Jeżeli w wyniku zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia wystąpi szkoda częściowa, pokryjemy koszty poniesione na naprawę uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia, jednakże tylko do jego wartości z dnia wystąpienia szkody – maksymalnie do wysokości sum ubezpieczenia i limitów odpowiedzialności ustalonych w umowie.

146. Jeżeli w wyniku zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia wystąpi szkoda całkowita, wypłacimy odszkodowanie stosownie do wartości przedmiotu ubezpieczenia z dnia wystąpienia szkody – maksymalnie do wysokości sum ubezpieczenia, sumy gwarancyjnej i limitów odpowiedzialności ustalonych w umowie.

147. Przy ustalaniu wysokości szkody nie uwzględniamy:

- 1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej, historycznej, artystycznej, sentymentalnej lub pamiątkowej;
- 2) wartości marży Ubezpieczonego;
- 3) kosztów wynikających z braku części zamiennych lub materiałów potrzebnych do przywrócenia stanu istniejącego przed szkodą;
- 4) podatku od towarów i usług (VAT) w takiej części, w jakiej Ubezpieczony jest uprawniony do jego odliczania.

148. Jeżeli w momencie wystąpienia szkody wartość ubezpieczonego mienia – liczona według zasad określonych w niniejszych o.w.u. – jest wyższa niż zadeklarowana w umowie przez Ubezpieczającego sumą ubezpieczenia, to występuje niedoubezpieczenie. W tym przypadku wysokość odszkodowania zostanie ustalona w proporcji, w jakiej suma ubezpieczenia pozostaje do wartości ubezpieczonego mienia w ubezpieczonej lokalizacji.

149. Nie stosujemy powyższej zasady, jeżeli w momencie wystąpienia szkody wartość ubezpieczonego mienia, którego dotyczy szkoda nie przekracza 120% zadeklarowanej przez Ubezpieczającego sumy ubezpieczenia tego mienia.

150. Wypłacana kwota odszkodowania zostanie pomniejszona o:

- 1) franszyzę redukcyjną, co oznacza, że pomniejszymy każde wypłacone odszkodowanie o jej wysokość: 200 zł albo 500 zł – w zależności, która kwota została przez Ciebie wybrana przy zawieraniu umowy,

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

z zastrzeżeniem ppkt. 2. Franszyza redukcyjna nie dotyczy ubezpieczenia assistance i szkód osobowych w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej;

- 2) franszyzę redukcyjną z tytułu szkód w sprzęcie elektronicznym spowodowanych: upadkiem, zalaniem innym niż opisane w pkt. 52. oraz szkód spowodowanych poza miejscem ubezpieczenia wskazanym w polisie: kradzieżą z wtamaniem lub rabunkiem – 15% wartości szkody, nie mniej niż 1 000 zł;
- 3) wartości pozostałości uszkodzonych przedmiotów ubezpieczenia;
- 4) wymagalną składkę, która pozostała do zapłaty – o ile jesteś równocześnie Ubezpieczonym.

Roszczenia regresowe

151. Roszczenie regresowe polega na tym, że jeśli wypłacimy odszkodowanie, mamy prawo dochodzić jego zwrotu od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody. Roszczenia regresowego dochodzimy na poniższych zasadach.

- 151.1. Z dniem, w którym wypłacimy odszkodowanie, roszczenie wobec osoby odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na nas do wysokości wypłaconej kwoty. W sytuacji, gdy pokryliśmy szkodę jedynie w części, Ubezpieczony ma pierwszeństwo zaspokojenia przed naszymi roszczeniami.
- 151.2. Nie przechodzą na nas roszczenia wobec osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
- 151.3. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony jest zobowiązany zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
- 151.4. Powyższe reguły nie dotyczą roszczeń regresowych w stosunku do właściciela ubezpieczonych: budynku, budowli, lokalu, elementów działki, jeżeli taki obowiązek został nałożony na Ubezpieczonego jako użytkownika w umowie, na podstawie której użytkuje on ubezpieczone mienie.
- 151.5. Zrzeczenie się regresu opisane w ust. 151.4. nie dotyczy sytuacji, gdy do szkody doszło z winy umyślnej Ubezpieczonego lub właściciela ubezpieczonego mienia.

* Opłata zgodna z taryfą danego operatora

Najważniejsze informacje dotyczące Twojego ubezpieczenia

2.5

[→ Spis treści](#)

Opłacanie składek

152. Wysokość składki określamy na podstawie wysokości taryfy, która obowiązuje w dniu zawarcia umowy lub aneksu do umowy. Elementy, które mają wpływ na składkę to:

- 1) rodzaj działalności prowadzonej w miejscu ubezpieczenia;
- 2) przedmiot ubezpieczenia;
- 3) wysokość zadeklarowanych sum ubezpieczenia lub limitów odpowiedzialności;
- 4) zakres ubezpieczenia;
- 5) miejsce ubezpieczenia;
- 6) sposób zabezpieczenia mienia;
- 7) rodzaj i konstrukcja budynków, w jakich jest prowadzona działalność;
- 8) długość okresu ubezpieczenia;
- 9) historia szkodowa poprzednich umów ubezpieczenia;
- 10) koszt reasekuracji ryzyka;
- 11) inne okoliczności mogące mieć wpływ na prawdopodobieństwo powstania lub wysokość szkody, o które pyaliśmy Ciebie przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

153. Masz obowiązek opłacania składki.

154. Jeśli zawierasz z nami roczną umowę, składkę możesz opłacić jednorazowo lub w ratach.

155. Wysokość składki i terminy jej zapłaty potwierdzamy w polisie.

156. Składkę możesz opłacić:

- 1) przelewem bankowym lub korzystając z usługi płatniczej,
- 2) kartą płatniczą.

157. Za datę wpłaty przyjmujemy datę zlecenia przelewu w banku lub płatności kartą.

158. Jeśli zapłacisz kwotę niższą, niż to wynika z umowy, uznamy, że składka lub jej rata nie została opłacona.

159. Jeśli nasza odpowiedzialność się rozpoczęła, a Ty nie opłaciłeś składki lub jej pierwszej raty terminowo, mamy prawo wypowiedzieć

2.5 NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE DOTYCZĄCE TWOJEGO UBEZPIECZENIA

umowę ze skutkiem natychmiastowym. Zażądamy wtedy zapłaty składki za okres naszej odpowiedzialności. Jeśli umowa nie zostanie rozwiązana w tym trybie, wygasa ona wraz z końcem okresu, za który miałeś obowiązek zapłacić tę składkę. Mamy wtedy prawo do składki za cały okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

160. Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie, jeśli nie opłacisz kolejnej raty składki w kwocie i terminie, które określa umowa, mimo że wystaliśmy Ci wezwanie po upływie terminu jej płatności. W tym wezwaniu:

- 1) wskażemy wysokość nieopłaconej raty składki i dodatkowy 7-dniowy termin jej zapłaty,
- 2) pouczymy Cię o tym, że nieopłacenie składki spowoduje ustanie ochrony ubezpieczeniowej.

161. Jeśli nie wyślemy Ci takiego wezwania, ochrona ubezpieczeniowa nie wygasa, a nam przysługuje prawo do składki za cały okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

162. Jeśli z umowy wynika, że ochrona rozpoczyna się nie wcześniej niż z dniem zapłaty składki lub jej pierwszej raty, a Ty zapłacisz składkę lub jej pierwszą ratę po dacie początku ochrony wskazanej w polisie, wówczas przysługuje Ci zwrot składki proporcjonalnie do skróconego okresu ochrony z powodu Twojego opóźnienia. W tej sytuacji ochrona wygasa z dniem wskazanym w polisie.

163. Kiedy wystąpi zdarzenie ubezpieczeniowe, które powoduje obowiązek spełnienia świadczenia wyczerpującego sumę ubezpieczenia, pozostała do zapłaty składka staje się natychmiast wymagalna.

164. Jeśli ochrona wygaśnie przed końcem okresu, na który była zawarta umowa, masz prawo do zwrotu składki w wysokości proporcjonalnej do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej.

165. Gdy odstąpisz od umowy, przysługuje Ci zwrot niewykorzystanej części składki.

166. W razie rozwiązania umowy przysługuje nam składka za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

167. Jeśli dojdzie do ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zarówno Ty, jak i my możemy zażądać zmiany wysokości składki od momentu, w którym wystąpiła ta okoliczność, ale nie wcześniej niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. Jeśli z takim żądaniem wystąpi jedna ze stron umowy, druga strona może wypowiedzieć umowę w ciągu 14 dni ze skutkiem natychmiastowym.

Informacje o umowie ubezpieczenia

Okres obowiązywania umowy

168. Nasza odpowiedzialność z tytułu umowy rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie oraz potwierdzonym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Jednak – o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej – nie rozpocznie się ona wcześniej niż od następnego dnia po tym, jak zapłacisz składkę lub jej ratę.

169. W odniesieniu do ryzyka powodzi, o ile umowa obejmuje to ryzyko, nasza odpowiedzialność rozpoczyna się z upływem 30 dni (karencja) od dnia zawarcia umowy, jednakże nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki lub pierwszej raty składki.

170. Wskazany powyżej okres karencji nie ma zastosowania dla umów ubezpieczenia zawartych w Allianz z zachowaniem ciągłości ochrony ubezpieczeniowej dla ryzyka powodzi. Przez ciągłość ochrony ubezpieczeniowej rozumiemy sytuację, w której Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na mocy kolejnych, następujących bezpośrednio po sobie umów ubezpieczenia, bez dnia przerwy.

171. W odniesieniu do ryzyka mienia podczas transportu ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się każdorazowo wraz z rozpoczęciem załadunku na pojazd, a kończy w chwili zakończenia wyładunku w miejscu przeznaczenia, lub wydania ładunku odbiorcy.

Zawarcie umowy

172. O ile Ty i my (strony) nie ustalimy inaczej, to umowę zawieramy na rok (okres ubezpieczenia). Przed zawarciem umowy otrzymasz od nas te o.w.u.

173. Umowę zawieramy z Tobą na Twój wniosek. We wniosku określasz przedmiot działalności zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności. Jeśli Ubezpieczonym jest osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej, lecz wynajmująca swoje mienie innemu podmiotowi w celu prowadzenia działalności gospodarczej, to na potrzeby ubezpieczenia przyjmujemy dla niej PKD 68.20.Z: Wynajem i zarządzanie nieruchomościami własnymi lub dzierżawionymi. Wniosek stanowi integralną część umowy. Wniosek składasz u naszego przedstawiciela lub za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość. Umowa może być też zawarta poprzez przyjęcie przez Ciebie warunków złożonej przez nas oferty. Przed zawarciem umowy na odległość dodatkowo udostępniemy Ci regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną.

174. Zawarcie umowy potwierdzamy wystawiając polisę.

175. Kiedy zawieramy z Tobą umowę, indywidualnie oceniamy ryzyko. Mamy prawo uzależnić zawarcie umowy od wprowadzenia udziału własnego określonego we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie. Na podstawie indywidualnej oceny, za zgodą obu stron, możemy również wprowadzić do umowy dodatkowe ograniczenia odpowiedzialności dla przedmiotu ubezpieczenia lub szkód powstałych wskutek określonych zdarzeń objętych zakresem umowy.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

176. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- 1) z upływem ostatniego dnia okresu, na jaki zawarliśmy umowę (okres ubezpieczenia),
- 2) z dniem Twojego odstąpienia od umowy,
- 3) z dniem wypowiedzenia umowy przez Ciebie lub przez nas w sytuacjach, o których mowa w tych o.w.u.,
- 4) z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej na skutek wypłaty odszkodowania lub odszkodowań – umowa ulega jednak rozwiązaniu wyłącznie w odniesieniu do tego rodzaju ubezpieczenia, kategorii ubezpieczonego mienia lub przedmiotu ubezpieczenia,

2.5 NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE DOTYCZĄCE TWOJEGO UBEZPIECZENIA

w odniesieniu do którego suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna uległa wyczerpaniu,

- 5) z dniem całkowitej utraty bądź zniszczenia przedmiotu ubezpieczenia objętego ochroną w ramach ubezpieczenia mienia – jednak umowa ulega rozwiązaniu wyłącznie w odniesieniu do tego przedmiotu ubezpieczenia, który został utracony lub całkowicie zniszczony,
- 6) z dniem zbycia przedmiotu ubezpieczenia,
- 7) z dniem, w którym przestaniesz prowadzić działalność gospodarczą,
- 8) z upływem dnia, w którym bezskutecznie minął dodatkowy termin wyznaczony Tobie przez nas do zapłaty składki, w sytuacji, o której piszemy w pkt. 160.

Odstąpienie od umowy

177. Jeśli łącząca Cię z nami umowa jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, możesz odstąpić od niej w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeśli jesteś przedsiębiorcą, możesz to zrobić w ciągu 7 dni od zawarcia umowy. Nie musisz podawać przyczyn odstąpienia. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Cię z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym zapewnialiśmy ochronę ubezpieczeniową.

Jeśli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia umowy nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od umowy, termin 30 dni na odstąpienie od umowy liczony jest od dnia, w którym dowiesz się o tym prawie.

Jeśli jesteś konsumentem i zawrzesz umowę przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, termin, w którym możesz odstąpić od umowy, wynosi 30 dni od dnia, w którym poinformowaliśmy Cię o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta (liczy się termin późniejszy). Termin uważa się za zachowany, jeżeli wyślesz oświadczenie na piśmie najpóźniej w ostatnim dniu terminu, w którym masz prawo do odstąpienia. Nie musisz podawać przyczyn odstąpienia od umowy. Prawo do odstąpienia nie przysługuje Ci jeśli jesteś konsumentem i umowa została całkowicie wykonana na Twoje żądanie przed upływem terminu, o którym mowa w pierwszym zdaniu tego akapitu lub w przypadku gdy umowa została zawarta przez Ciebie na okres krótszy niż 30 dni.

178. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy wyślij nam najpóźniej w ostatnim dniu terminu, w którym masz prawo do odstąpienia.

Wypowiedzenie umowy

179. Możemy wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym z wymienionych poniżej ważnych powodów.

- 1) Gdy po zawarciu umowy ubezpieczenia wyjdą na jaw rozbieżności pomiędzy Twoimi oświadczeniami zawartymi we wniosku o zawarcie umowy a stanem faktycznym, niezależnie od tego czy mają one wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową.
- 2) Jeśli Ty lub Ubezpieczony (jeśli ubezpieczenie zostało zawarte na cudzy rachunek) podejmiecie próbę celowego wytudzenia od nas świadczenia ubezpieczeniowego.

180. Powyższe nie ma zastosowania do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy zgodnie z RMF (w przypadku kontraktu z NFZ).

Jak złożyć reklamację, skargę lub zażalenie

181. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie możesz złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie (ul. Inflancka 1B, 00-189 Warszawa). Możesz to zrobić:

- 1) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
- 2) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
- 3) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.

182. Gdy wniesiesz reklamację, skargę lub zażalenie, postępowaniem w tej sprawie zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.

2.5 NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE DOTYCZĄCE TWOJEGO UBEZPIECZENIA

183. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określmy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.

184. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.

185. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

Jak inaczej można rozwiązać spór

186. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

187. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

188. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej

2.5 NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE DOTYCZĄCE TWOJEGO UBEZPIECZENIA

lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Obowiązujące przepisy prawa

189. Jeśli jakieś kwestie nie są uregulowane w umowie lub w tych o.w.u., zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego i inne przepisy prawa polskiego.

190. Stosujemy język polski w relacjach wynikających z tych o.w.u.

Właściwość sądów

191. Pozew, który dotyczy umowy lub z niej wynika, można wnieść do sądu:

- 1) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego albo
- 2) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy,
- 3) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy.

Komunikacja między stronami

192. Strony umowy są zobowiązane zawiadamiać o każdorazowej zmianie danych adresowych.

Definicje

W tym rozdziale wyjaśnimy pojęcia, których używamy w przewodniku, a w szczególności w o.w.u.

2.6

[→ Spis treści](#)

A

Akt terroryzmu

Działania osoby, grup osób w imieniu własnym albo na zlecenie lub w powiązaniu z organizacją lub rządem, mające podłoże polityczne, religijne, etniczne, ideologiczne lub inne o podobnym charakterze, podejmowane w celu zastraszenia społeczeństwa lub jego części albo wywarcia wpływu na rząd lub inne organy władzy publicznej poprzez użycie siły, przemocy albo groźbę ich użycia.

Awaria

Stan techniczny maszyny, urządzenia, który ogranicza lub uniemożliwia jego dalszą eksploatację lub zmniejszenie sprawności albo niesprawność maszyny, urządzenia lub aparatu, ograniczające jego zdolność do działania, które nie jest spowodowane bezpośrednim, celowym działaniem człowieka. Awarią nie jest konieczność uzupełniania materiałów eksploatacyjnych, obsługi bieżącej i okresowej, dostawy i montażu akcesoriów w maszynie, urządzeniu.

Awaria sprzętu elektronicznego

Dla usługi odzyskiwania danych (assistance w wariancie rozszerzonym) uszkodzenie komputera stacjonarnego, laptopa lub tabletu z przyczyny wewnętrznej pochodzenia mechanicznego, elektrycznego, elektronicznego, które powoduje, że nie można z niego korzystać zgodnie z jego przeznaczeniem oraz nie jest spowodowane bezpośrednim, celowym działaniem człowieka. Awarią nie jest konieczność obsługi bieżącej i okresowej, dostawy i montażu akcesoriów w sprzęcie elektronicznym (komputerze stacjonarnym, laptopie, tablecie).

B

Budowla

Trwale związany z gruntem obiekt budowlany inny niż budynek wraz z instalacjami i urządzeniami stanowiącymi całość techniczną i użytkową.

Budynek

Obiekt budowlany ze wszystkimi wbudowanymi instalacjami (w tym instalacją fotowoltaiczną), urządzeniami technicznymi oraz statycznymi elementami wykończeniowymi, które stanowią całość techniczną i użytkową, który:

- jest trwale związany z gruntem,
- jest wydzielony z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych,
- ma fundamenty i dach.

Budynek w złym stanie technicznym

Budynek, w którym są zniszczone elementy długotrwałej żywotności (np. pęknięcia ścian i cokół, wystrzępione konstrukcje dachowe, wilgoć murów, deformacja konstrukcji stropu) lub uszkodzenie elementów o krótkotrwałej żywotności szkodzi elementom długotrwałej żywotności (np. zniszczone pokrycia dachowe, skorodowane rynny, brak okien, wyciek wody z uszkodzonych rur).

C

Choroba zakaźna

Choroba, która może być przenoszona za pomocą substancji lub czynnika biologicznego z jednego organizmu na inny, przy czym:

- 1) substancja lub czynnik biologiczny zawiera wirusy, bakterie, pasożyty lub inne organizmy żyjące lub martwe,
- 2) mechanizm przenoszenia obejmuje między innymi drogę kropelkową, inhalacyjną, pokarmową, poprzez płyny ustrojowe, przenoszenie z lub na powierzchnię lub obiekt, ciało stałe, ciecz lub gaz, albo między organizmami,
- 3) choroba, substancja, czynnik biologiczny zagrażają zdrowiu ludzkiemu lub dobrostanowi człowieka, lub mogą spowodować uszkodzenie, utratę lub zniszczenie, zepsucie się, utratę wartości, możliwości zbycia lub użytkowania mienia;

Czysta strata finansowa

Uszczerbek majątkowy, który nie jest szkodą osobową ani szkodą majątkową.

D

Dane elektroniczne i cyfrowe

Wszelkiego rodzaju dane, w tym między innymi fakty, koncepcje lub inne informacje w formie używanej przez komputery lub inne elektroniczne, lub elektromagnetyczne urządzenia do przetwarzania danych. To także oprogramowanie komputerowe i wszelkie inne zakodowane instrukcje do przetwarzania lub manipulowania danymi na jakimkolwiek sprzęcie.

Deszcz

Opad atmosferyczny w postaci kropli wody.

Drobne prace remontowo-budowlane

- 1) Prace nienaruszające elementów konstrukcji nośnej budynku, w tym konstrukcji i pokrycia dachu.
- 2) Prace niewymagające zgody (pozwolenia na budowę) odpowiednich organów władzy, o ile taki wymóg wynika z przepisów prawa, to prace są prowadzone:
 - a) przez osoby posiadające ku temu odpowiednie uprawnienia oraz
 - b) w budynku, dla którego uzyskano pozwolenie na użytkowanie.

Dym i sadza

Zawiesina cząsteczek w gazie, które: są bezpośrednim skutkiem spalania i nagle wydobyły się z urządzeń paleniskowych, grzewczych, kuchennych, kanałów wentylacyjnych i suszących – używanych zgodnie z przeznaczeniem technicznym, gdy w miejscu ubezpieczenia są zamontowane instalacje lub urządzenia wentylacyjne. Obejmujemy ochroną też szkody spowodowane przez dym lub sadzę, które powstały w wyniku pożaru mienia znajdującego się poza miejscem ubezpieczenia.

E

Eksplzja

Zespół zjawisk towarzyszących nagłemu przejściu układu z jednego stanu równowagi w drugi, z gwałtownym wyzwoleniem energii (cieplnej lub świetlnej), gazu, pyłu lub pary; pod pojęciem eksplozji zbiornika ciśnieniowego, który stale jest napełniony parą lub gazem, rozumie się rozerwanie ściany zbiornika i gwałtowne wyrównanie ciśnienia na zewnątrz i wewnątrz zbiornika, jak również eksplozję spowodowaną gwałtownie przebiegającą reakcją chemiczną wewnątrz zbiornika, niepowodującą rozerwania jego ścian.

Elementy działki

Zlokalizowane w miejscu ubezpieczenia i trwale połączone z gruntem:

- chodniki, podjazdy, place utwardzane, mury oporowe, ogrodzenie, bramy i furtki, studnie, oświetlenie posesji, baseny, zadaszenia, pomieszczenia na śmieci,
- budowle inne niż wskazane powyżej,
- obiekty małej architektury, inne niż wskazane powyżej

wraz z wbudowanymi instalacjami, urządzeniami technicznymi oraz zainstalowanymi na stałe elementami wykończeniowymi, które stanowią całość techniczną i użytkową.

F

Franszyza redukcyjna

Ustalona w umowie wartość wyrażona kwotowo, o którą, bez względu na wartość szkody, pomniejszamy wysokość odszkodowania; franszyza redukcyjna odnosi się do każdej szkody.

G

Grad

Opad atmosferyczny składający się z brytek lodu.

I

Implzja

Uszkodzenie zbiornika lub aparatu próżniowego na skutek działania podciśnienia.

K

Karencja

Wyłączenie lub ograniczenie naszej odpowiedzialności, z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy, przez okres w niej wskazany.

Kradzież z włamaniem

Dokonanie lub usiłowanie dokonania zaboru ubezpieczonego mienia z wnętrza budynku lub lokalu w celu przywłaszczenia ubezpieczonego mienia:

- a) po uprzednim usunięciu lub zniszczeniu przez sprawcę przy użyciu narzędzi lub siły, z pozostawieniem śladów włamania na tych zabezpieczeniach, stanowiących dowód użycia siły lub narzędzi,
- b) po otwarciu przez sprawcę zabezpieczeń podrobionym kluczem, innym narzędziem lub kluczem oryginalnym, który sprawca zdobył w wyniku kradzieży z włamaniem do innego budynku lub lokalu, lub w wyniku rabunku,
- c) po ukryciu się przez sprawcę w budynku lub lokalu w godzinach otwarcia i dokonaniu kradzieży po zamknięciu budynku lub lokalu, i pozostawieniu widocznych śladów opuszczania budynku lub lokalu.

Kradzież zwykła

Zabór ubezpieczonego mienia niespełniający warunków wymaganych dla uznania go za kradzież z włamaniem.

L

Lawina

Gwałtowne zsuwanie lub staczanie się mas śniegu, lodu, skał, kamieni lub błota ze stoków górskich.

Lokal

Samodzielna przestrzeń w budynku wyodrębniona za pomocą stałych przegród budowlanych, w tym:

- przynależne do lokalu tarasy, loggie i balkony,
- wszystkie instalacje i urządzenia techniczne,
- stałe elementy wykończeniowe.

M

Maszyny budowlane

Ciężkie urządzenia techniczne wykorzystywane do prac budowlanych, wykonujące swoją pracę w ruchu i pod kontrolą (np.: koparki, dźwigi).

Maszyny, urządzenia, wyposażenie

Rzeczowe, ruchome składniki majątku wykorzystywane przez Ubezpieczonego w prowadzonej działalności gospodarczej (w tym sprzęt elektryczny, mienie niskocenne), niestanowiące elementów budynków i budowli, i niebędące środkami obrotowymi ani nakładami inwestycyjnymi, lub rzeczowe, ruchome składniki majątku wynajmowane innym podmiotom w celu prowadzenia działalności gospodarczej, w przypadku, kiedy Ubezpieczony jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej.

Miejsce ubezpieczenia

1. Wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w przyjętej przez Ciebie ofercie lokalizacja, w której Ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą lub lokalizacja, którą Ubezpieczony wynajmuje w celu prowadzenia działalności gospodarczej.
2. W przypadku ochrony assistance w wariantcie rozszerzonym obejmującej usługi w postaci organizacji i pokrycia kosztów odzyskania danych utraconych z powodu awarii sprzętu elektronicznego (komputera stacjonarnego, laptopa, tabletu) miejscem ubezpieczenia jest również miejsce wykonywania obowiązków pracowniczych poza miejscem ubezpieczenia w rozumieniu pkt. 1.

Mienie niskocenne

Maszyny, urządzenia i wyposażenie, które – ze względu ich wartość początkową – zostały wliczone przez Ubezpieczonego, prowadzącego działalność gospodarczą, jednorazowo do kosztów operacyjnych i nie są ujmowane w ewidencji środków trwałych.

Mienie pracownicze

Mienie ruchome, które jest własnością pracowników Ubezpieczonego, prowadzącego działalność gospodarczą, i służy do ich osobistego użytku, z wyłączeniem wartości pieniężnych i pojazdów.

2.6 DEFINICJE

Mienie osób trzecich

Mienie należące do osób trzecich, które zostało w sposób udokumentowany przyjęte przez Ubezpieczonego w celu jego obróbki, naprawy, remontu, przeróbki, czyszczenia, sprzedaży, składu, przechowania lub w celu wykonania przez Ubezpieczonego, prowadzącego działalność gospodarczą, innej usługi w ramach prowadzonej przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej.

Mienie podczas transportu

Majątek będący własnością Ubezpieczonego lub posiadany przez Ubezpieczonego na podstawie innego tytułu prawnego, w tym mienie przewłaszczane na zabezpieczenie, który jest używany i ewidencjonowany w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, a także mienie osób trzecich, przewożone własnym środkiem transportu (drogowym) i na ryzyko Ubezpieczonego.

Ochroną podczas transportu nie są objęte:

- 1) wartości pieniężne, akta, dokumenty, rękopisy, plany, prototypy, projekty, antyki, pomniki, dzieła sztuki, kolekcje lub zbiory muzealne;
- 2) przesyłki pocztowe i kurierskie;
- 3) towary niebezpieczne w rozumieniu Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r.;
- 4) rzeczy przewożone jako bagaż podręczny;
- 5) mienie, którego nabycie jest potwierdzone dowodem uznanym przez uprawnione organy państwowe za fałszywy lub w majątku wyprodukowanym lub wprowadzonym do obrotu bez wymaganych prawem zezwoleń lub koncesji, albo którego wytworzenie lub wprowadzenie do obrotu stanowi czyn zabroniony;
- 6) rzeczy przewożone w ramach tzw. handlu obwoźnego (PKD 47.99.Z), rozumianego jako dokonanie sprzedaży bezpośrednio ze środka transportu;
- 7) mienie uszkodzone, przeznaczone do utylizacji lub złomowania, a także mienie, którego termin ważności upłynął lub mienie wycofane z obrotu przed wystąpieniem szkody;
- 8) drzewa, krzewy, uprawy, inna roślinność, grzyby i ich grzybnia, słoma, siano, trawa roślinna;

9) zwierzęta żywe;

10) zwłoki ludzkie.

N

Nadciśnienie

Ciśnienie wywołane falami uderzeniowymi silniejszymi niż średnie ciśnienie atmosferyczne. Te fale uderzeniowe mogą być spowodowane kilkoma czynnikami (np. eksplozją).

Nakłady inwestycyjne

Koszty remontów, wykończenia wnętrz, prac adaptacyjnych, zamontowanych na stałe elementów wykończenia wraz z elementami reklamowymi zamontowanymi na stałe do budynku, w którym znajduje się lokal, poniesione na dostosowanie budynku/lokalu do rodzaju prowadzonej działalności lub w celu podniesienia jego standardu.

Napór śniegu lub lodu

Niszczzenie lub uszkodzenie przedmiotu ubezpieczenia spowodowane przez: działanie ciężaru śniegu lub lodu na konstrukcję dachu lub inne elementy budynków lub budowli.

O

Obiekty inżynieryjne

Wszelkie obiekty inżynierii lądowej i wodnej (drogi, mosty, wiadukty, tunele, nabrzeża, mola, śluzy, tamy, torowiska, linie kolejowe).

Okres ubezpieczenia

Określony w umowie czas, na jaki została zawarta umowa; okres ubezpieczenia jest wskazywany we wniosku o zawarcie ubezpieczenia lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i potwierdzony w polisie.

Osoba trzecia

Osoba niebędąca ani Ubezpieczającym, ani Ubezpieczonym w ramach zawartej z nami umowy ubezpieczenia. Pracownicy Ubezpieczonego nie są osobą trzecią w rozumieniu tych o.w.u.

2.6 DEFINICJE

Osunięcie się ziemi

Ruch podłoża na stokach spowodowany przyczynami naturalnymi, niezwiązany z działalnością człowieka.

P

Podwykonawca

Osoba fizyczna niebędąca pracownikiem w rozumieniu tych o.w.u., osoba prawna bądź jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której Ubezpieczony powierzył wykonywanie określonych czynności, prac lub usług.

Pojazd wolnobieżny

Pojazd silnikowy, którego konstrukcja ogranicza prędkość do 25 km/h, który nie podlega rejestracji, z wyłączeniem ciągnika rolniczego.

Powódź

Zalanie terenu spowodowane wystąpieniem z brzegów powierzchniowych wód stojących i płynących lub podniesieniem się morskich wód przybrzeżnych.

Pożar

Działanie ognia, który wydostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile.

Pracownik

Osoba wykonująca czynności na rzecz Ubezpieczonego oraz pod jego kierownictwem, która:

1. pozostaje z Ubezpieczonym w stosunku pracy, zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę lub,
2. świadczy dla Ubezpieczonego usługi na podstawie umów cywilnoprawnych.

Za pracownika uważa się także praktykanta, wolontariusza, stażystę, pracownika tymczasowego, którym Ubezpieczony powierzył wykonywanie określonych czynności na jego rzecz i pod jego kierownictwem.

Produkt

Każda rzecz ruchoma, nawet jeżeli stanowi część składową innej rzeczy ruchomej lub nieruchomości, wytworzona, sprzedana, dostarczana, dystrybuowana, zmieniana, zbudowana, naprawiana, serwisowana, projektowana, testowana, instalowana lub przetwarzana przez Ubezpieczonego albo w jego imieniu, i która w chwili wystąpienia szkody nie znajdowała się w posiadaniu Ubezpieczonego. W rozumieniu tej definicji rzeczami są także energia i zwierzęta. Za produkt nie uważa się nieruchomości, choćby były wprowadzone do obrotu rynkowego.

Przepięcie

Gwałtowna zmiana napięcia, natężenia lub innego parametru prądu elektrycznego w sieci energetycznej poza dopuszczalną wartość, określony przez producenta dla danego urządzenia.

R

Roboty budowlane

Budowa, a także prace polegające na przebudowie, montażu, remoncie lub rozbiórce obiektu budowlanego.

Rośliny

Drzewa, krzewy i półkrzewy rosnące w glebie w ubezpieczonym miejscu.

S

Silny wiatr

Ruch powietrza atmosferycznego powstały wskutek nierównomiernego rozkładu ciśnienia atmosferycznego, który spowodował szkody w najbliższym sąsiedztwie miejsca ubezpieczenia lub gdy charakter uszkodzeń wskazuje na działanie tego zjawiska; ochroną ubezpieczeniową objęte są również następstwa szkód spowodowanych przez uderzenie części budynków, drzew lub innych przedmiotów powalonych lub unoszonych przez wiatr w przedmiot ubezpieczenia.

Siła wyższa

Nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od nas, Ciebie lub

2.6 DEFINICJE

Ubezpieczonego, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków.

Sprzęt elektroniczny

- 1) Urządzenie, które zawiera elektroniczne podzespoły (układy scalone, tranzystory i inne elementy półprzewodnikowe nieulegające zużyciu mechanicznemu) przeznaczone do przetwarzania i wizualizacji danych, wykonywania pomiarów, kontroli i sterowania procesami, sygnalizacji stanów urządzenia.
- 2) W przypadku ochrony assistance w wariantcie rozszerzonym obejmującej usługi w postaci organizacji i pokrycia kosztów odzyskania danych utraconych z powodu awarii sprzętu elektronicznego, sprzętem elektronicznym jest komputer stacjonarny, laptop lub tablet.

Staty dozór

Bezpośredni dozór pełniony w miejscu ubezpieczenia przez pracowników lub agencję ochrony mienia, z którą Ty lub Ubezpieczony podpisaliście umowę o dozór mienia lub ma zapewniony dozór mienia w ramach umowy najmu obiektu (np. w centrum handlowym, galerii handlowej, obiekcie biurowym); osoba sprawująca dozór musi mieć zakres obowiązków zawierający procedury dotyczące sposobu zachowania w przypadku zaboru mienia, być wyposażona w środki łączności telefonicznej lub radiowej oraz dokonywać patrołowania w odstępach nie dłuższych niż 3 godziny lub opierać się na monitoringu wizyjnym obiektu.

Stan pod wpływem alkoholu

Stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia 0,2 promila alkoholu lub więcej, lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi, lub prowadzi do stężenia 0,1 mg, lub więcej.

Stan pod wpływem środków narkotycznych

Stan po użyciu środków odurzających lub po użyciu substancji psychotropowych, lub po użyciu środków zastępczych, lub po użyciu nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Strajk

Całkowite lub częściowe wstrzymanie pracy przez pracowników, które ma na celu wymuszenie na pracodawcy określonych działań, albo w celu wyrażenia sprzeciwu wobec działań pracodawcy lub warunków zatrudnienia.

Substancja niebezpieczna

Stałe, ciekłe, gazowe, termiczne środki drażniące lub zanieczyszczające, w szczególności: dymy, wyziewy, sadza, opary, kwasy, zasady, chemikalia, odpady.

System alarmowy

Serwisowany zgodnie z instrukcją użytkownika system ochrony przeciwkradzieżowej, wywołujący alarm, zapewniający dojazd ekipy interwencyjnej w ramach ważnej umowy z agencją ochrony mienia w czasie do 15 minut.

Szkoda

- 1) W ubezpieczeniu mienia – fizyczna utrata, uszkodzenie lub zniszczenie ubezpieczonego mienia będące bezpośrednim następstwem zdarzenia ubezpieczeniowego objętego umową.
- 2) W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej – szkoda majątkowa lub szkoda osobowa.

Szkoda całkowita

Utrata ubezpieczonego mienia lub jego uszkodzenie w takim stopniu, że:

- 1) jego naprawa nie jest możliwa, tj. nawet po jej dokonaniu mienie to nie odzyskałoby dotychczasowej funkcjonalności, lub
- 2) jego naprawa byłaby ekonomicznie nieuzasadniona, tj. koszt naprawy łącznie z wartością pozostałości po szkodzie byłby wyższy niż wartość ubezpieczeniowa tego mienia bezpośrednio przed powstaniem szkody.

Szkoda częściowa

Szkoda niebędąca szkodą całkowitą.

2.6 DEFINICJE

Szkoda majątkowa

Straty powstałe wskutek uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy ruchomej lub nieruchomości, a także utracone korzyści, które poszkodowany mógłby osiągnąć, gdyby nie zostało zniszczone lub uszkodzone jego mienie. Szkody majątkowej nie stanowi uszczerbek, który wynika:

- 1) z utraty rzeczy, w tym utraty możliwości korzystania z rzeczy, chyba że utrata jest następstwem zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy,
- 2) z poniesienia kosztów poszukiwania wady produktu, pracy lub usługi,
- 3) z konieczności wycofania produktu z rynku, w tym poniesienia kosztów ostrzeżenia o niebezpieczeństwie zniszczenia produktu, a także z konieczności usunięcia wady produktu, w szczególności poprzez jego naprawę.

Szkoda osobowa

Straty powstałe wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracone korzyści, które poszkodowany mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Ś

Środki obrotowe

Rzeczowe aktywa obrotowe Ubezpieczonego, przez które rozumie się:

- a) surowce lub półprodukty wykorzystywane w działalności produkcyjnej,
- b) wytworzone lub przetworzone produkty gotowe zdolne do sprzedaży lub w toku produkcji,
- c) surowce, półprodukty oraz towary nabyte w celu odsprzedaży w stanie nieprzetworzonym,
- d) materiały nabyte w celu zużycia w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, niebędące maszynami, urządzeniami lub wyposażeniem.

U

Ubezpieczający, Ty

Osoba fizyczna, osoba prawna, jednostka organizacyjna, nieposiadająca osobowości prawnej, lecz posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z nami umowę i zobowiązała się do opłacania składek.

Ubezpieczone mienie

Mienie wskazane we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i w polisie.

Ubezpieczony

Osoba prowadząca działalność gospodarczą, której interes majątkowy chronimy w zakresie wynikającym z tej działalności wskazanej we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i potwierdzonej w polisie (przedmiot działalności oznaczamy zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności). Ubezpieczonym może być również osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej, która wynajmuje swoje mienie innym podmiotom w celu prowadzenia działalności gospodarczej.

Uderzenie pioruna

Bezpośrednie przejście ładunku elektrycznego z atmosfery do ziemi przez przedmiot ubezpieczenia pozostawiające na tym przedmiocie ślady.

Uderzenie lub upadek statku powietrznego

Przymusowe lądowanie lub upadek statku powietrznego, upadek jego części, paliwa lub przewożonego ładunku.

Uderzenie pojazdu

Bezpośrednie uderzenie w przedmiot ubezpieczenia pojazdu, jego części lub przewożonego ładunku.

Upadek drzew lub budowli

Upadek drzew, masztów, dźwigów, kominów lub innych budowli oraz części budowli lub budynków, niezależny od Ubezpieczonego, i za który Ubezpieczony nie ponosi odpowiedzialności.

2.6 DEFINICJE

Urządzenia budowlane

Urządzenia techniczne związane z budynkiem lub elementem działki, zapewniające możliwość użytkowania obiektu zgodnie z jego przeznaczeniem, w tym przytłacza i instalacje (w tym instalacja fotowoltaiczna).

Urządzenia chłodnicze

Lodówki, zamrażarki, lody chłodnicze, chłodziarki, komory chłodnicze.

W

Wartości pieniężne

- 1) Gotówka – krajowe i zagraniczne znaki pieniężne (banknoty i monety).
- 2) Czeki, z wyjątkiem czeków zakreślonych, skasowanych lub opatrzonych indosem pełnomocnym, zawierającym wzmiankę „wartość do inkasa”, „należność do inkasa” lub inną o podobnym charakterze.
- 3) Weksle, z wyjątkiem weksli opatrzonych indosem pełnomocnym, zawierającym wzmiankę „wartość do inkasa” lub inną o podobnym charakterze.
- 4) Obligacje, bony skarbowe, rozrachunkowe jednostki pieniężne, dłużne papiery wartościowe, karty prepaid, z wyłączeniem kart płatniczych, kredytowych, charge i debetowych.

Wartość odtworzeniowa – nowa

Wartość, która odpowiada kosztom przywrócenia mienia do stanu nowego nieulepszanego:

- 1) dla maszyn, urządzeń, wyposażenia (w tym sprzętu elektronicznego), środków obrotowych, oprogramowania – wartość, która odpowiada cenie nabycia lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości z włączeniem kosztów cła, transportu i montażu,
- 2) dla budynków lub lokali, elementów działki i nakładów inwestycyjnych – wartość, która odpowiada kosztom odbudowy w tym samym miejscu obiektu tego samego rodzaju, konstrukcji, powierzchni i standardu, przy zastosowaniu takich samych materiałów.

Wartość rzeczywista

Wartość odtworzeniowa – nowa pomniejszona o zużycie techniczne.

Wartość wytworzenia

Suma kosztów materiałów, surowców i robocizny (bez dodatkowych kosztów i nakładów) niezbędnych do poniesienia w celu wytworzenia określonej rzeczy.

Wprowadzenie produktu do obrotu

Faktyczne przekazanie produktu przez Ubezpieczonego osobie trzeciej. Uznaje się, że produkt został wprowadzony do obrotu, jeżeli Ubezpieczony utracił trwale lub na określony czas faktyczne władztwo nad rzeczą na rzecz osoby trzeciej.

Wyłączenie z eksploatacji

Zaprzestanie prowadzenia w ubezpieczonym budynku, lokalu lub elemencie działki działalności albo wykorzystywania ich na cele zgodne z przeznaczeniem.

Wypadek środka transportu

Zderzenie środka transportu z jakimkolwiek obiektem, stoczenie się, odtączenie przyczepy, a także przewrócenie się lub wypadnięcie z trasy oraz zawalenie się mostu lub wiaduktu pod pojazdem, niespowodowane przekroczeniem limitu masy całkowitej pojazdu dozwolonego przy wjeździe na most lub wiadukt.

Wypadek ubezpieczeniowy OC

Powstanie w okresie ubezpieczenia, objętej ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego, szkody majątkowej lub szkody osobowej.

Z

Zamieszki

Gwałtowne demonstracje grupy osób zakłócające porządek publiczny.

Zapadanie się ziemi

Obniżenie się terenu z powodu zawalenia się podziemnych pustych przestrzeni w gruncie, które powstały z przyczyn naturalnych, niezwiązanych z działalnością człowieka.

2.6 DEFINICJE

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Nieprzewidziane, nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie losowe, którego skutkiem jest szkoda, polegająca na zniszczeniu, uszkodzeniu lub utracie ubezpieczonego mienia, w następstwie zaistnienia ubezpieczonego ryzyka, za którą na mocy tych o.w.u. ponosimy odpowiedzialność odszkodowawczą.

Zużycie techniczne

Trwałe zmiany fizykochemiczne zachodzące w czasie eksploatacji, w wyniku których okres zdolności do pełnienia przez mienie określonych funkcji użytkowych stopniowo się zmniejsza/wyczerpuje. Stopień zużycia technicznego poszczególnych grup mienia określa się na podstawie tabeli zużycia technicznego ubezpieczonego mienia, udostępnionej na stronie internetowej www.allianz.pl.

W tych o.w.u. posługujemy się skrótowymi nazwami następujących ustaw:

- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy – używamy skrótu: kodeks pracy.
- Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane – używamy skrótu: prawo budowlane.
- Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska – używamy skrótu: prawo ochrony środowiska.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne – używamy skrótu: prawo farmaceutyczne.
- Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – używamy skrótu: ustawa wypadkowa.
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych – używamy skrótu: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych i UFG.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – używamy skrótu: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii.
- Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia – używamy skrótu: ustawa o bezpieczeństwie żywności i żywienia.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej używamy skrótu: RMF.
- Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. prawo pocztowe – używamy skrótu: prawo pocztowe.
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach – używamy skrótu: ustawa o odpadach.
- Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – używamy skrótu: ustawa o prawach konsumenta.
- Ustawa z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – używamy skrótu: ustawa o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich.

Przewodnik po ubezpieczeniu Moja Firma został zatwierdzony uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 23/2024.

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000028261, NIP 525-15-65-015, REGON 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 457 110 000 złotych (wpłacony w całości).

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Informujemy, że podane przez Ciebie dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflanckiej 4B, 00-189 Warszawa.

Podane przez Ciebie dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych. Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, jeżeli zgłosisz sprzeciw wobec przetwarzania Twoich danych w tych celach. W razie przetwarzania danych osobowych dla celów marketingowych, w oparciu o wyrażoną przez Ciebie zgodę, Administrator będzie przechowywał Twoje dane do momentu wycofania zgody.

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

Podane przez Ciebie dane mogą być przetwarzane w celu:

- oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w sposób automatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze,
 - analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk,
 - wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na Administratorze,
 - przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę Administratora,
 - zawarcia umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
 - wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy,
 - marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług,
 - dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
 - reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego,
- Administrator danych jest częścią grupy Allianz, która prowadzi działalność o globalnym zasięgu. Ze względu na charakter i zakres oferowanych usług, Pani/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych,

Administrator wdraża odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony Twoich danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne zatwierdzone przez właściwy organ nadzoru. Powyższe środki służą realizacji Twoich praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej. Administrator na Twój wniosek udostępni kopię tych zabezpieczeń.

Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Ciebie dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historię umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia. Podane przez Ciebie dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, reasekuratorom, podmiotom świadczącym usługi prawne, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. Allianz sp. z o.o. Ponadto, Twoje dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, rzeczoznawcom, warsztatom naprawczym, podmiotom świadczącym usługi assistance, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych, decyzje dotyczące Ciebie mogą być podejmowane w sposób automatyzowany, tj. bez wpływu człowieka. Decyzje te będą dotyczyły wysokości składki ubezpieczeniowej i oparte będą o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego dotyczącego zawarcia z Tobą umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej, masz prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka, tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka.

Przysługuje Tobie prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Tobie prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania,
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,
- przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Twoje dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe możesz przesłać innemu administratorowi danych, W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały w jej.

Przydatne wskazówki

W tej części znajdziesz nasze wskazówki,
jak lepiej chronić swoją firmę.

[→ Spis treści](#)

Ogólne wskazówki dotyczące zabezpieczenia mienia



Regularnie sprawdzaj stan budynku, budowli, lokalu lub elementów działki.



Rozważ usunięcie gałęzi, wysokich drzew, które znajdują się w pobliżu ubezpieczonych budynków.



Utrzymuj dystans co najmniej 1 metra między przechowywanym mieniem a urządzeniami elektrycznymi. Konserwuj urządzenia elektryczne w sposób zgodny z zaleceniami producenta.



Upewnij się, że spawanie odbywa się w specjalnie wydzielonej przestrzeni albo w osobnym pomieszczeniu w Twojej firmie. Zadbaj też o to, aby w promieniu co najmniej 2 metrów nie znajdowały się żadne łatwopalne przedmioty.



Upewnij się, że mienie ruchome jest przechowywane na półkach, które znajdują się na wysokości co najmniej 13 cm od podłoża a ciężkie przedmioty są umieszczone nisko.

Jak przeciwdziałać kradzieży



Sprawdź, czy wszystkie okna, balkony, loggie, drzwi tarasowe oraz drzwi wejściowe są należycie zamknięte. Zabezpiecz wszelkie drabiny lub podobne urządzenia.



Zainstaluj w swojej firmie system alarmowy.



Jeśli zauważysz ślady włamania lub kradzieży, zadzwoń na policję.



Jeśli zgubisz klucze, natychmiast wymień zamki.

Wskazówki dotyczące bezpieczeństwa na wypadek gwałtownych zjawisk meteorologicznych



Zwracaj uwagę na alerty meteorologiczne, np. dotyczące gradu, wichury lub burzy.



Przed burzą zamknij wszystkie drzwi i okna (pamiętaj też o oknach dachowych), odłącz urządzenia elektryczne od źródła zasilania.



Utrzymuj dach w dobrym stanie technicznym (pozwoli to zabezpieczyć Twoją firmę na wypadek silnego wiatru).



W razie zagrożenia powodzią przygotuj się zawczasu (śledź wiadomości i upewnij się, że znasz plan ewakuacji).

Wskazówki dotyczące postępowania na wypadek pożaru



Pomimo, że pożar nie jest najczęstszą przyczyną zdarzeń ubezpieczeniowych, to rozprzestrzenianie się ognia powoduje zwykle większe szkody niż jakiegokolwiek zjawiska naturalne.

Chcąc zabezpieczyć się przed pożarem:

- przestrzegaj instrukcji obsługi urządzeń elektrycznych i nie naprawiaj ich na własną rękę;
- wyposaż swoją firmę w gaśnice oraz system sygnalizacji pożaru (SSP);
- zapoznaj się z planem ewakuacji.

Najczęściej zadawane pytania

W tym rozdziale znajdziesz odpowiedzi na pytania najczęściej zadawane przez klientów.

Jeśli będziesz mieć inne pytania, skontaktuj się z nami – zadzwoń pod numer → 224 224 224* albo odwiedź naszą stronę internetową → www.allianz.pl

Dotyczące składki

Co się stanie, jeśli zapomnę zapłacić składkę lub jej ratę?

Ochrona, którą świadczymy dla Twojej firmy może wygasnąć. Zanim jednak to nastąpi, wyślemy Ci list, w którym przypomnimy, że czekamy na wpłatę i wyznaczmy Ci termin 7 dni. Dopiero po jego upływie – jeśli nadal nie zapłacisz – Twoja umowa ulegnie rozwiązaniu.

Czy moja składka wzrośnie po zdarzeniu ubezpieczeniowym?

Jeśli wystąpi jakieś zdarzenie ubezpieczeniowe, nie wpłynie to na składkę, którą opłacasz na podstawie już zawartej z nami umowy. Możemy podnieść składkę, gdy będziesz zawierać z nami kolejną umowę.

Dotyczące zakresu ubezpieczenia

Jaki jest zakres ubezpieczenia?

Zakres ubezpieczenia zależy od tego, jaki wybierzesz pakiet.

Potwierdzamy go w polisie. Szczegóły dotyczące zakresu ubezpieczenia dla danego pakietu znajdziesz w rozdziale 2.1. tego Przewodnika.

W razie dodatkowych pytań, skontaktuj się z pośrednikiem Allianz.

Dotyczące zmian umowy ubezpieczenia

Czy w trakcie obowiązywania umowy można zmienić wartość ubezpieczonego mienia?

Tak, w trakcie okresu ubezpieczenia możesz zmienić wartość ubezpieczonego mienia. W tym celu przekaż nam prośbę o zmianę w umowie. Możesz to zrobić:

- pocztą tradycyjną lub elektroniczną,
- telefonicznie za pośrednictwem naszej infolinii 224 224 224* albo
- za pośrednictwem pośrednika Allianz.

Czy umowa ubezpieczenia może wygasnąć w przypadku zmiany właściciela ubezpieczonego mienia?

Tak, ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zbycia przedmiotu ubezpieczenia. Poinformuj nas o przeniesieniu własności.

Pozostałe

Co należy zrobić w sytuacji zagrożenia zdarzeniem objętym ochroną?

Zawiadom odpowiednie służby (pogotowie ratunkowe, policję, straż pożarną), o ile to konieczne. Następnie skontaktuj się z nami telefonicznie pod numerem 224 224 224*.

Gdzie znajdę informacje o Allianz, a szczególnie o oferowanych produktach i usługach?

Informacje tego rodzaju znajdziesz:

- na naszej stronie internetowej (www.allianz.pl),
- pod numerem infolinii (224 224 224*),
- u naszych agentów.

* Opłata zgodna z taryfą danego operatora

Pomóż nam podnosić standardy

Jednym z naszych priorytetów w Allianz jest ciągłe doskonalenie obsługi klienta. Jeśli masz jakiegokolwiek uwagi lub wątpliwości, zgłoś je, a zajmiemy się Twoją sprawą tak szybko, jak to możliwe. Możesz to zrobić:

- telefonicznie pod numerem:
→ 224 224 224*

* Opłata zgodna z taryfą danego operatora

Dziękujemy,
że jesteś
z nami!

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

Mój Biznes

SPIS TREŚCI

§ 1	Postanowienia wstępne	4	
§ 2	Definicje.	4	
§ 3	Przedmiot ubezpieczenia	7	
§ 4	Miejsce ubezpieczenia	7	
§ 5	Zakres ubezpieczenia.	8	
§ 6	Suma ubezpieczenia i limity odpowiedzialności	9	
§ 7	Niedoubezpieczenie	10	
§ 8	Wyłączenia odpowiedzialności	10	
§ 9	Umowa ubezpieczenia	13	
§ 10	Składka	13	
§ 11	Początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej	13	
§ 12	Obowiązki Ubezpieczającego	14	
§ 13	Minimalne wymogi dotyczące zabezpieczenia mienia.	15	
§ 14	Zasady ustalania i wypłaty odszkodowań	16	
§ 15	Postępowanie przy likwidacji szkody	16	
§ 16	Postępowanie reklamacyjne	17	
§ 17	Postępowania końcowe	17	
	Klauzula informacyjna	17	
Załącznik nr 1			
Klauzule dodatkowe rozszerzające zakres ochrony			
ubezpieczeniowej na wniosek Ubezpieczającego			
i za opłatą dodatkowej składki.			19

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA MÓJ BIZNES

Poniższa tabela wskazuje informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 ust. 1-3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 14, § 15, Załącznik nr 1: Klauzule nr 1-8 Informacje zawarte w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2, oraz Klauzul 2, 5, 7.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 3 ust. 4, § 4, § 5 ust. 1, ust. 9, ust. 11-14, § 6, § 7, § 8, § 9 ust. 2, ust. 9, § 10 ust. 7, § 11 ust. 1-4, § 12, § 13 ust. 8, § 14, Załącznik nr 1: Klauzula nr 1 ust. 3-6, Klauzula nr 2 ust. 3-7, Klauzula nr 3 ust. 4-6, Klauzula nr 4 ust. 2-6, Klauzula nr 5 ust. 6-13, Klauzula nr 6 ust. 4-7, Klauzula nr 7 ust. 4-6, Klauzula nr 8 ust. 2-5 Informacje zawarte w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2 oraz Klauzul nr 2, 5, 7.

§ 1 POSTANOWIENIA WSTĘPNE

1. Ogólne warunki ubezpieczenia Mój Biznes, zwane dalej „OWU”, stosuje się do Umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej „Allianz”, z osobami fizycznymi, w tym także osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi lub innymi jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, mającymi zdolność do czynności prawnych.
2. Dopuszcza się możliwość wprowadzenia do Umowy ubezpieczenia postanowień odmiennych lub dodatkowych w stosunku do wskazanych w OWU. W razie wprowadzenia do Umowy ubezpieczenia postanowień odmiennych od OWU stosuje się postanowienia umowne.

§ 2 DEFINICJE

Wskazane poniżej określenia (pisane wielką literą jak nazwy własne) użyte w OWU, w zawartej na ich podstawie Umowie ubezpieczenia oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia, oznaczają:

1. **Akt terroryzmu** – działania osoby, grup osób w imieniu własnym albo na zlecenie lub w powiązaniu z organizacją lub rządem, mające podłoże polityczne, religijne, etniczne, ideologiczne lub inne o podobnym charakterze, podejmowane w celu zastraszenia społeczeństwa lub jego części albo wywarcia wpływu na rząd lub inne organy władzy publicznej poprzez użycie siły, przemocy albo groźbę ich użycia;
 2. **Atak komputerowy** – złośliwy ruch sieciowy, wprowadzenie lub uruchomienie złośliwego kodu komputerowego lub inny złośliwy atak wykorzystujący lub skierowany przeciwko systemowi komputerowemu lub sieci, w szczególności obejmujący działanie wirusów komputerowych, „koni trojańskich”, bomb czasowych lub logicznych, złośliwego oprogramowania, hackerów lub przestępców komputerowych;
 3. **Awaria sprzętu elektronicznego** – dla usługi odzyskiwania danych (assistance w zakresie rozszerzonym) uszkodzenie komputera stacjonarnego, laptopa lub tabletu z przyczyny wewnętrznej pochodzenia mechanicznego, elektrycznego, elektronicznego, które powoduje, że nie można z niego korzystać zgodnie z jego przeznaczeniem oraz nie jest spowodowane bezpośrednim, celowym działaniem człowieka. Awarią nie jest konieczność obsługi bieżącej i okresowej, dostawy i montażu akcesoriów w Sprzęcie elektronicznym (komputerze stacjonarnym, laptopie, tablecie);
 4. **Budowla** – trwale związany z gruntem obiekt inny niż Budynek, wraz z instalacjami i urządzeniami zapewniającymi możliwość jego użytkowania zgodnie z przeznaczeniem, zlokalizowany w Miejscu ubezpieczenia: Urządzenia budowlane, urządzenia techniczne, chodniki, podjazdy, place utwardzane, ogrodzenie, bramy i furtki, oświetlenie posesji, baseny, zadaszenia, pomieszczenia na śmieci. W ramach Budowli ochroną objęte są definiowane zgodnie z prawem budowlanym obiekty małej architektury;
 5. **Budynek** – obiekt wzniesiony w wyniku Robót budowlanych, wraz z instalacjami (w tym instalacją fotowoltaiczną), urządzeniami technicznymi oraz statymi elementami wykończeniowymi, zapewniającymi możliwość jego użytkowania zgodnie z przeznaczeniem. Jest trwale związany z gruntem, wydzielony z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych oraz który posiada fundamenty i dach;
 6. **Choroba zakaźna** – choroba, która może być przenoszona za pomocą substancji lub czynnika biologicznego z jednego organizmu na inny, przy czym:
 - 1) substancja lub czynnik biologiczny zawiera wirusy, bakterie, pasożyty lub inne organizmy żyjące lub martwe,
 - 2) mechanizm przenoszenia obejmuje między innymi drogę kropelkową, inhalacyjną, pokarmową, poprzez płyny ustrojowe, przenoszenie z lub na powierzchnię lub obiekt, ciało stałe, ciecz lub gaz, albo między organizmami,
 - 3) choroba, substancja, czynnik biologiczny zagrażają zdrowiu ludzkiemu lub dobrostanowi człowieka, lub mogą spowodować uszkodzenie, utratę lub zniszczenie, zepsucie się, utratę wartości, możliwości zbycia lub użytkowania mienia;
 7. **Dane elektroniczne i cyfrowe** – dane, w tym między innymi fakty, koncepcje lub inne informacje w formie używanej przez komputery lub inne urządzenia elektroniczne, lub elektromechaniczne do przetwarzania danych. To także oprogramowanie komputerowe i wszelkie inne zakodowane instrukcje do przetwarzania lub manipulowania danymi na jakimkolwiek sprzęcie;
 8. **Deszcz** – opad atmosferyczny w postaci kropel wody;
 9. **Drobne prace remontowo-budowlane**:
 - 1) prace nienaruszające elementów konstrukcji nośnej Budynku, w tym konstrukcji i pokrycia dachu.
 - 2) prace niewymagające zgody (pozwolenia na budowę) odpowiednich organów władzy, o ile taki wymóg wynika z przepisów prawa, to prace są prowadzone:
 - a) przez osoby posiadające ku temu odpowiednie uprawnienia, prac,
 - b) w Budynku, dla którego uzyskano pozwolenie na użytkowanie;
 10. **Dym i sadza** – zawiesina cząsteczek w gazie, które są bezpośrednim skutkiem spalania i nagle wydobyły się z urządzeń paleniskowych, grzewczych, kuchennych, kanałów wentylacyjnych i suszących – używanych zgodnie z przeznaczeniem technicznym, gdy w Miejscu ubezpieczenia się zamontowane instalacje lub urządzenia wentylacyjne. Allianz obejmuje ochroną też Szkody spowodowane przez Dym i sadzę, które powstały w wyniku Pożaru mienia znajdującego się poza Miejscem ubezpieczenia;
 11. **Eksplozja** – zespół zjawisk towarzyszących nagłemu przejściu układu z jednego stanu równowagi w drugi, z gwałtownym wyzwoleniem energii (cieplnej lub świetlnej), gazu, pyłu lub pary; pod pojęciem Eksplozji zbiornika ciśnieniowego, który stale jest napętniony parą lub gazem, rozumie się rozmontowanie instalacji lub urządzeń wywołujące wyrównanie ciśnień na zewnątrz i wewnątrz zbiornika, jak również Eksplozję spowodowaną gwałtownie przebiegającą reakcją chemiczną wewnątrz zbiornika, niepowodującą rozerwania jego ścian;
 12. **Franszyza redukcyjna** – ustalona w Umowie ubezpieczenia wartość wyrażona kwotowo, o którą, bez względu na wartość Szkody, Allianz pomniejszy wysokość odszkodowania; Franszyza redukcyjna odnosi się do każdej szkody;
 13. **Grad** – opad atmosferyczny składający się z brytek lodu;
 14. **Implozja** – uszkodzenie zbiornika lub aparatu próżniowego na skutek działania podciśnienia;
 15. **Inne nienazwane ryzyka** – Zdarzenie ubezpieczeniowe inne niż określone w § 5 ust. 3-16 OWU;
 16. **Karencja** – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Allianz, z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia, przez okres w niej wskazany;
 17. **Kradzież wraz z pojazdem** – zabór przez sprawcę transportowanego mienia z jednoczesnym zaborem pojazdu w celu przywłaszczenia;
 18. **Kradzież z włamaniem** – dokonanie lub usiłowanie dokonania zaboru Ubezpieczonego mienia z wnętrza Budynku lub Lokalu w celu przywłaszczenia Ubezpieczonego mienia:
 - 1) po uprzednim usunięciu lub zniszczeniu przez sprawcę zabezpieczeń przy użyciu narzędzi lub siły, z pozostawieniem śladów włamania na tych zabezpieczeniach, stanowiących dowód użycia siły lub narzędzi,
 - 2) po otwarciu przez sprawcę zabezpieczeń podrobionym kluczem, innym narzędziem lub kluczem oryginalnym, który sprawca zdobył w wyniku Kradzieży z włamaniem do innego Budynku lub Lokalu, lub w wyniku Rabunku,
 - 3) po ukryciu się przez sprawcę w Budynku lub Lokalu w godzinach otwarcia i dokonaniu kradzieży po zamknięciu Budynku lub Lokalu i pozostawieniu widocznych śladów opuszczania Budynku lub Lokalu;
- W odniesieniu do Wartości pieniężnych, które Ubezpieczony zobowiązany jest przechowywać w zamkniętych schowkach, takich jak: kasety stalowe, szafy stalowe, szafy pancerne, seify, za Kradzież z włamaniem uważa się również otwarcie takiego schowka przy użyciu narzędzi lub podrobionego, lub dopasowanego klucza bądź klucza oryginalnego, w którego posiadanie sprawca wszedł wskutek popełnienia czynu zabronionego;
19. **Kradzież zwykła** – zabór Ubezpieczonego mienia niespełniający warunków wymaganych dla uznania go za Kradzież z włamaniem lub Rabunek;
 20. **Lawina** – gwałtowne zsuwanie lub staczanie się mas śniegu, lodu, skał, kamieni lub błota ze stoków górskich;
 21. **Lokal** – przestrzeń wyodrębniona z Budynku za pomocą przegród budowlanych stanowiąca funkcjonalną lub gospodarczą całość, składająca się z jednego lub większej liczby pomieszczeń wraz z przynależnymi do Lokalu przytaczanymi, urządzeniami instalacyjnymi, zainstalowanymi na stałe w Lokalu elementami wykończeniowymi, oraz elementami reklamowymi przytwierdzonymi do Budynku, w którym znajduje się Lokal;
 22. **Lokaut** – zamierzone przez pracodawcę działanie polegające na:
 - 1) zamknięciu przedsiębiorstwa,
 - 2) masowym zwolnieniu Pracowników,
 - 3) zawieszeniu wzajemnych obowiązków stron stosunku pracy przeprowadzone w celu zmuszenia Pracowników do przyjęcia gorszych warunków pracy;

23. **Maszyny budowlane** – ciężkie urządzenia techniczne wykorzystywane do prac budowlanych, wykonujące swoją pracę w ruchu i pod kontrolą;
24. **Maszyny, urządzenia, wyposażenie** – rzeczowe, ruchome składniki majątku wykorzystywane przez Ubezpieczonego w prowadzonej działalności gospodarczej (w tym Sprzęt elektroniczny, mienie nisko-cenne), niestanowiące elementów Budynków i Budowli i niebędące Środkami obrotowymi ani Nakładami inwestycyjnymi, lub rzeczowe, ruchome składniki majątku wynajmowane innym podmiotom w celu prowadzenia działalności gospodarczej, w przypadku, kiedy Ubezpieczony jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej;
25. **Miejsce ubezpieczenia** –
 - 1) wskazana we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w przyjętej przez Ubezpieczającego ofercie lokalizacja, w której Ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą lub lokalizacja, którą Ubezpieczony wynajmuje w celu prowadzenia działalności gospodarczej;
 - 2) w przypadku ochrony assistance w zakresie rozszerzonym Miejscem ubezpieczenia jest również miejsce wykonywania obowiązków pracowniczych poza Miejscem ubezpieczenia w rozumieniu pkt. 1;
26. **Mienie pracownicze** – mienie ruchome, które jest własnością Pracowników Ubezpieczonego, prowadzącego działalność gospodarczą, i służy do ich osobistego użytku, z wyłączeniem Wartości pieniężnych i pojazdów;
27. **Mienie osób trzecich** – mienie należące do Osób trzecich, które zostało w sposób udokumentowany przyjęte przez Ubezpieczonego w celu jego obróbki, naprawy, remontu, przeróbki, czyszczenia, sprzedaży, składu, przechowania lub w celu wykonania przez Ubezpieczonego, prowadzącego działalność gospodarczą, innej usługi w ramach prowadzonej przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej;
28. **Nakłady inwestycyjne** – koszty remontów, wykończenia wnętrz, prac adaptacyjnych, zamontowanych na stałe elementów wykończenia wraz z elementami reklamowymi zamontowanymi na stałe do Budynku, w którym znajduje się Lokal, poniesione na dostosowanie Budynku/Lokalu do rodzaju prowadzonej działalności lub w celu podniesienia jego standardu;
29. **Napór śniegu lub lodu** – niszczenie lub uszkodzenie przedmiotu ubezpieczenia spowodowane przez: działanie ciężaru śniegu lub lodu na konstrukcję dachu lub inne elementy Budynków lub Budowli;
30. **Obiekty inżynierskie** – wszelkie obiekty inżynierii lądowej i wodnej (drogi, mosty, wiadukty, tunele, nabrzeża, mola, śluzy, tamy, torowiska, linie kolejowe);
31. **Okres ubezpieczenia** – określony w umowie czas, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia; Okres ubezpieczenia jest wskazywany we wniosku o zawarcie ubezpieczenia lub w przyjętej przez Ubezpieczającego ofercie i potwierdzony w polisie;
32. **Osoba trzecia** – osoba niebędąca ani Ubezpieczającym, ani Ubezpieczonym w ramach zawartej z Allianz Umowy ubezpieczenia. Pracownik Ubezpieczonego nie jest Osobą trzecią w rozumieniu tych OWU;
33. **Osunięcie lub zapadanie się ziemi** – ruch podłoża na stokach spowodowany przyczynami naturalnymi, niezwiązany z działalnością człowieka;
34. **Pojazd wolnobieżny** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja ogranicza prędkość do 25 km/h, który nie podlega rejestracji, z wyłączeniem ciągnika rolniczego;
35. **Powódź** – zalanie terenu spowodowane wystąpieniem z brzegów powierzchniowych wód stojących i płynących lub podniesieniem się morskich wód przybrzeżnych;
36. **Pożar** – działanie ognia, który wyostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile;
37. **Pracownik** – osoba wykonująca czynności na rzecz Ubezpieczonego oraz pod jego kierownictwem, która pozostaje z Ubezpieczonym w stosunku pracy, zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Za Pracownika uważa się także praktykanta, wolontariusza, stażystę, Pracownika tymczasowego, którym Ubezpieczony powierzył wykonywanie określonych czynności na jego rzecz i pod jego kierownictwem. Za Pracownika uznaje się także osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą wyłącznie na rzecz Ubezpieczonego w zakresie, w jakim podlega ona kierownictwu i jego wskazówkom;
38. **Przebiecie** – gwałtowna zmiana napięcia, natężenia lub innego parametru prądu elektrycznego w sieci energetycznej poza dopuszczalną wartość, określoną przez producenta dla danego urządzenia;
39. **Rabunek** – zabór Ubezpieczonego mienia przez sprawcę, na skutek zastosowania wobec Ubezpieczonego lub jego Pracowników lub osób, którym Ubezpieczony powierzył pieczę nad Ubezpieczonym mieniem lub którym zlecił ochronę Miejsca ubezpieczenia, przemocy fizycznej lub groźby jej natychmiastowego użycia albo wykorzystania stanu ich nieprzytomności lub bezbronności;
40. **Roboty budowlane** – budowa, a także prace polegające na przebudowie, montażu, remoncie lub rozbiórce obiektu budowlanego, oraz niebędące Drobnymi pracami remontowo-budowlanymi;
41. **Rośliny** – drzewa, krzewy i półkrzewy rosnące w glebie w Miejscu ubezpieczenia;
42. **Rozruchy** – gwałtowne wywołanie niepokojów społecznych przez grupy osób działających wspólnie przeciwko porządkowi publicznemu;
43. **Silny wiatr** – ruch powietrza atmosferycznego powstały wskutek nierównomiernego rozkładu ciśnienia atmosferycznego, który spowodował Szkody w najbliższym sąsiedztwie Miejsca ubezpieczenia lub gdy charakter uszkodzeń wskazuje na działanie tego zjawiska; ochroną ubezpieczeniową objęte są również następstwa Szkód spowodowanych przez uderzenie części Budynków, drzew lub innych przedmiotów powalonych lub unoszonych przez wiatr w przedmiot ubezpieczenia;
44. **Siła wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Allianz, Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków;
45. **Sprzęt elektroniczny** –
 - 1) urządzenie, które zawiera elektroniczne podzespoły (układy scalone, tranzystory i inne elementy półprzewodnikowe nieulegające zużyciu mechanicznemu) przeznaczone do przetwarzania i wizualizacji danych, wykonywania pomiarów, kontroli i sterowania procesami, sygnalizacji stanów urządzenia;
 - 2) w przypadku ochrony assistance w zakresie rozszerzonym Sprzętem elektronicznym jest komputer stacjonarny, laptop, tablet;
46. **Stały dozór** – bezpośredni dozór pełniony w Miejscu ubezpieczenia przez Pracowników lub agencję ochrony mienia, z którą Ubezpieczający podpisał umowę o dozór mienia lub ma zapewniony dozór mienia w ramach umowy najmu obiektu; osoba sprawująca dozór musi mieć zakres obowiązków zawierający procedury dotyczące sposobu zachowania w przypadku zaboru mienia, być wyposażona w środki łączności telefonicznej lub radiowej oraz dokonywać patrołowania w odstępach nie dłuższych niż 3 godziny lub opierać się na monitoringu wizyjnym obiektu;
47. **Stan pod wpływem alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia 0,2 promila alkoholu lub więcej, lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi, lub prowadzi do stężenia 0,1 mg, lub więcej;
48. **Stan pod wpływem środków narkotycznych** – stan po użyciu środków odurzających lub po użyciu substancji psychotropowych, lub po użyciu środków zastępczych, lub po użyciu nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;
49. **Stłuczenie przedmiotów szklanych** – pęknięcie przedmiotów wykonanych ze szkła, poliwęglanu, ceramiki lub kamienia, które powstało w przedmiotach wymienionych niżej:
 - 1) oszklenie zewnętrzne i wewnętrzne w Budynkach lub Lokalach: szyby okienne i drzwiowe, oszklenie ścian i dachów, szklane balustrady, świetliki dachowe, szklane przegrody ścienne, ostoi boksów, kabin, kontuarów, w tym szyby przeciwwłamaniowe i kuloodporne,
 - 2) elementy szklane wind,
 - 3) baterie i kolektory słoneczne, ogniwa, panele fotowoltaiczne,
 - 4) tablice reklamowe, szyldy, gabloty ze szkła lub tworzyw sztucznych znajdujące się w Miejscu ubezpieczenia,
 - 5) płyty szklane stanowiące część składową mebli, stołów, lad chłodniczych, płyt indukcyjnych, ceramicznych i szklanych kuchennych płyt grzewczych, luster zamontowanych w ścianach lub meblach,
 - 6) neony, reklamy świetlne,
 - 7) okładziny ceramiczne i kamienne wewnątrz i na zewnątrz Budynku lub Lokalu,
 - 8) oszklenia kominków, pieców znajdujące się w Miejscu ubezpieczenia,
 - 9) akwaria i terraria zamontowane na stałe w Miejscu ubezpieczenia,
 - 10) zaplecze sanitarne znajdujące się w Miejscu ubezpieczenia;
50. **Strajk** – całkowite lub częściowe wstrzymanie pracy przez Pracowników, które ma na celu wymuszenie na pracodawcy określonych działań, albo w celu wyrażenia sprzeciwu wobec działań pracodawcy lub warunków zatrudnienia;

51. **System alarmowy** – system antywłamaniowy wywołujący alarm, zapewniający dojazd ekipy interwencyjnej w ramach ważnej umowy z agencją ochrony mienia;
52. **System ubezpieczenia na pierwsze ryzyko** – system ubezpieczenia, w którym suma ubezpieczenia stanowi maksymalny limit odszkodowania na pojedyncze zdarzenie losowe bez względu na wartość Ubezpieczonego mienia;
53. **System ubezpieczenia na sumy stałe** – system ubezpieczenia, w którym suma ubezpieczenia odpowiada całkowitej wartości Ubezpieczonego mienia, przewidywanej w Okresie ubezpieczenia;
54. **Szkoda** – fizyczna utrata, uszkodzenie lub zniszczenie Ubezpieczonego mienia będące bezpośrednim następstwem Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego umową;
55. **Szkoda całkowita** – utrata Ubezpieczonego mienia lub jego uszkodzenie w takim stopniu, że: jego naprawa nie jest możliwa, tj. nawet po jej dokonaniu mienie to nie odzyskałoby dotychczasowej funkcjonalności lub jego naprawa byłaby ekonomicznie nieuzasadniona, tj. koszt naprawy łącznie z wartością pozostałości po Szkodzie byłby wyższy niż wartość ubezpieczeniowa tego mienia bezpośrednio przed powstaniem Szkody;
56. **Szkoda częściowa** – Szkoda niebędąca Szkodą całkowitą;
57. **Środki obrotowe** – rzeczowe aktywa obrotowe Ubezpieczonego, przez które rozumie się:
 - 1) surowce lub półprodukty wykorzystywane w działalności produkcyjnej,
 - 2) wytworzone lub przetworzone produkty gotowe zdane do sprzedaży lub w toku produkcji,
 - 3) surowce, półprodukty oraz towary nabyte w celu odsprzedaży w stanie nieprzetworzonym, materiały nabyte w celu zużycia w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, niebędące Maszynami, urządzeniami, wyposażeniem;
58. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna, jednostka organizacyjna, nieposiadająca osobowości prawnej, lecz posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Allianz Umowę ubezpieczenia i zobowiązała się do opłacania składek;
59. **Ubezpieczone mienie** – mienie stanowiące przedmiot materialny, którego wartość została ujęta w sumie ubezpieczenia, wskazanej we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ubezpieczającego ofercie i potwierdzona w polisie;
60. **Ubezpieczony** – osoba prowadząca działalność gospodarczą, której interes majątkowy Allianz chroni w zakresie wynikającym z tej działalności wskazanej we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ubezpieczającego ofercie i potwierdzonej w polisie (przedmiot działalności Allianz oznacza zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności). Ubezpieczonym może być również osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej, która wynajmuje swoje mienie innym podmiotom w celu prowadzenia działalności gospodarczej;
61. **Uderzenie pioruna** – bezpośrednie przejście ładunku elektrycznego z atmosfery do ziemi przez przedmiot ubezpieczenia pozostawiające na tym przedmiocie ślady;
62. **Uderzenie lub upadek statku powietrznego** – przymusowe lądowanie lub upadek statku powietrznego, upadek jego części, paliwa lub przewożonego ładunku;
63. **Uderzenie pojazdu** – bezpośrednie uderzenie w przedmiot ubezpieczenia pojazdu, jego części lub przewożonego ładunku;
64. **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU i złożonego przez Ubezpieczającego wniosku lub złożonej przez Allianz oferty;
65. **Upadek drzew lub budowli** – upadek drzew, masztów, dźwigów, kominów lub innych Budowli oraz części Budowli lub Budynków, niezależny od Ubezpieczonego i za który Ubezpieczony nie ponosi odpowiedzialności;
66. **Urządzenia budowlane** – urządzenia techniczne związane z Budynkiem lub Budowlą, zapewniające możliwość użytkowania obiektu zgodnie z jego przeznaczeniem, w tym przyłącza i instalacje (w tym instalacja fotowoltaiczna);
67. **Urządzenia chłodnicze** – lodówki, zamrażarki, lody chłodnicze, chłodziarki, komory chłodnicze;
68. **Wandalizm** – celowe i świadome uszkodzenie lub zniszczenie Ubezpieczonego mienia przez Osoby trzecie. Ochrona obejmuje również uszkodzenia elewacji oraz izolacji wewnętrznych ubezpieczonych Budynków, Budowli lub Lokali, które powstały w wyniku destrukcyjnych działań zwierząt z rodziny łasicowatych, gryzoni, owadów oraz ptaków;
69. **Wartości pieniężne:**
 - 1) gotówka – krajowe i zagraniczne znaki pieniężne (banknoty i monety),
 - 2) czek, z wyjątkiem czeków zakreślonych, skasowanych lub opatrzonych indosem pełnomocniczym, zawierającym wzmiankę „wartość do inkasa”, „należność do inkasa” lub inną o podobnym charakterze,
- 3) weksle, z wyjątkiem weksli opatrzonych indosem pełnomocniczym, zawierającym wzmiankę „wartość do inkasa” lub inną o podobnym charakterze,
- 4) obligacje, bony skarbowe, rozrachunkowe jednostki pieniężne, dłużne papiery wartościowe, karty prepaid, z wyłączeniem kart płatniczych, kredytowych, charge i debetowych;
70. **Wartość odtworzeniowa – nowa** – wartość, która odpowiada kosztom przywrócenia mienia do stanu nowego nieulepszanego:
 - 1) dla Maszyn, urządzeń, wyposażenia (w tym Sprzętu elektronicznego), Środków obrotowych, oprogramowania – wartość, która odpowiada cenie nabycia lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości, z włączeniem kosztów cła, transportu i montażu,
 - 2) dla Budynków, Budowli lub Lokali i Nakładów inwestycyjnych – wartość, która odpowiada kosztom odbudowy w tym samym miejscu obiektu tego samego rodzaju, konstrukcji, powierzchni i standardu, przy zastosowaniu takich samych materiałów;
71. **Wartość rzeczywista** – wartość odtworzeniowa – nowa pomniejszona o Zużycie techniczne;
72. **Wartość wytworzenia** – suma kosztów materiałów, surowców i robocizny (bez dodatkowych kosztów i nakładów) niezbędnych do poniesienia w celu wytworzenia określonej rzeczy;
73. **Wojna cyfrowa lub cyberterroryzm** – wrogie lub wojenne działania innego państwa lub działania osoby, grup osób w imieniu własnym albo na zlecenie lub w powiązaniu z organizacją lub rządem mające podłoże polityczne, religijne, etniczne, ideologiczne lub inne o podobnym charakterze, podejmowane przeciwko systemowi komputerowemu lub sieci komputerowej, lub groźba wykonania takich działań;
74. **Wyłączenie z eksploatacji** – zaprzestanie prowadzenia w ubezpieczonym Budynku, Lokalu lub Budowli działalności albo wykorzystywania ich na cele zgodne z przeznaczeniem;
75. **Wypadek środka transportu** – zderzenie środka transportu z jakimkolwiek obiektem, stoczenie się, odłączenie przyczepy, a także przewrócenie się lub wypadnięcie z trasy oraz zawalenie się mostu lub wiaduktu pod pojazdem, niespowodowane przekroczeniem limitu masy całkowitej pojazdu dozwolonego przy wjeździe na most lub wiadukt;
76. **Zalanie** – nagłe, niekontrolowane wydostanie się pary, wody lub innej cieczy, które powstało na skutek:
 - 1) wystąpienia awarii polegającej na samoistnym uszkodzeniu znajdujących się w Miejscu ubezpieczenia:
 - a) instalacji wodociągowej, kanalizacyjnej, grzewczej, tryskaczowej lub gaśniczej, chłodniczej (w tym połączeń giętkich, armatury, pomp wodnych, słonecznego układu ogrzewania wody, urządzeń połączonych na stałe z systemem rur) oraz urządzeń stanowiących wyposażenie użytkowe lub wystrój wnętrz,
 - b) wystąpienia awarii polegającej na samoczynnym uruchomieniu się instalacji tryskaczowej lub gaśniczej znajdującej się w Miejscu ubezpieczenia,
 - c) cofnięcia się wody lub ścieków z kanalizacji,
 - d) zalania przez Osoby trzecie wodą lub inną cieczą z innego Lokalu lub z innego Budynku,
 - e) wycieku wody z akwarium spowodowanego stłuczeniem akwarium lub samoistnym (tj. niezależnym od działań Ubezpieczonego lub Osób trzecich) rozszczelnieniem lub uszkodzeniem jego osprzętu,
 - f) zalanie przedmiotu ubezpieczenia na skutek topnienia śniegu lub lodu zalegającego na dachu lub innych elementach Budynku/Lokalu, w którym znajduje się przedmiot ubezpieczenia;
 - 2) zalania spowodowanego awarią znajdujących się wewnątrz Budynku, Budowli, Lokalu armatury sanitarnej, syfonów, kotłów, wodomierzy, podgrzewaczy wody (np. bojlerów), pomp ciepłych, rur dopływowych (wodociągowych) lub odpływowych (kanalizacyjnych), instalacji grzewczych, klimatyzacyjnych, tryskaczowych, lub hydrantowych, lub wyciek pary, wody, lub innej cieczy, które powstały na skutek pęknięcia spowodowanego działaniem mrozu;
77. **Zamieszki społeczne** – gwałtowne wywołanie niepokojów społecznych o dużej skali przez znaczną liczbę osób działających razem z zamiarem zakłócenia porządku publicznego;
78. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – nieprzewidziane, nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie losowe, którego skutkiem jest Szkoda, polegające na zniszczeniu, uszkodzeniu lub utracie Ubezpieczonego mienia, w następstwie zaistnienia ubezpieczonego ryzyka, za którą na mocy tych OWU Allianz ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą;

79. **Zużycie techniczne** – trwałe zmiany fizykochemiczne zachodzące w czasie eksploatacji, w wyniku których okres zdatności do pełnienia przez mienie określonych funkcji użytkowych stopniowo się zmniejsza/wyczerpuje. Stopień Zużycia technicznego poszczególnych grup mienia określa się na podstawie tabeli Zużycia technicznego Ubezpieczonego mienia, udostępnionej na stronie internetowej www.allianz.pl.

Przez skrócone nazwy poniższych ustaw, do których odwołują się OWU należy rozumieć:

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 Kodeks cywilny – użyto skrótu: kodeks cywilny.
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy – użyto skrótu: kodeks pracy.
- Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane – użyto skrótu: prawo budowlane.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – użyto skrótu: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii.
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 września 2010 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać ochrona Wartości pieniężnych przechowywanych i transportowanych przez przedsiębiorców i inne jednostki organizacyjne – użyto skrótu: Rozporządzenie dotyczące przechowywania wartości pieniężnych.
- Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. prawo pocztowe – użyto skrótu: prawo pocztowe.
- Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – użyto skrótu: ustawa o prawach konsumenta.
- Ustawa z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – użyto skrótu: ustawa o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich.
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2021 r. Prawo geologiczne i górnicze – użyto skrótu: prawo geologiczne i górnicze.

§ 3 PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest wskazane w Umowie ubezpieczenia Ubezpieczone mienie, którym mogą być:
 - 1) Budynki i Budowle,
 - 2) Lokale,
 - 3) Nakłady inwestycyjne,
 - 4) Maszyny, urządzenia, wyposażenie,
 - 5) Środki obrotowe,
 - 6) Wartości pieniężne,
 - 7) Mienie pracownicze,
 - 8) Mienie osób trzecich.
2. Ubezpieczone mienie to mienie, które stanowi własność Ubezpieczonego lub jest w jego posiadaniu na podstawie umowy cywilnoprawnej, lub innego tytułu prawnego i jest wykorzystywane przez Ubezpieczonego w związku z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą, lub – w przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej – jest wynajmowane przez Ubezpieczonego innym podmiotom w celu prowadzenia działalności gospodarczej.
3. Assistance obejmuje organizację albo organizację i pokrycie kosztów usług assistance.
4. Mienie wymienione poniżej nie stanowi przedmiotu ubezpieczenia:
 - 1) przedmioty wykorzystywane do prowadzenia działalności gospodarczej w Miejscu ubezpieczenia, która nie została wskazana przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy lub opisana w przyjętej przez Ubezpieczającego ofercie;
 - 2) Budynki, Budowle, Lokale wyłączone z eksploatacji przez okres co najmniej 90 dni oraz znajdujące się w nich mienie;
 - 3) Budynki, Budowle, Lokale, dla których wydano prawomocną decyzję o rozbiórce oraz znajdujące się w nich mienie, a także mienie przeznaczone do likwidacji;
 - 4) Budynki, Budowle, Lokale, w których są prowadzone Roboty budowlane wraz ze znajdującym się w nich mieniem, z wyjątkiem Drobnych prac remontowo-budowlanych;
 - 5) Budynki, Budowle, Lokale wzniesione lub użytkowane bez wymaganych prawem pozwoleń, wykonane bez projektu, niezgodnie z projektem lub na podstawie projektu, który nie został zatwierdzony przez właściwe organy, o ile istniał obowiązek wykonania i zatwierdzenia tego projektu, a także mienie znajdujące się w takich obiektach, o ile spowodowało to powstanie Szkody lub zwiększenie jej rozmiaru oraz, o ile Ubezpieczony ponosi za to odpowiedzialność;
 - 6) mienie ruchome znajdujące się na wolnym powietrzu, zabezpieczone w sposób niezapobiegający jego zniszczeniu lub uszkodzeniu;

- 7) mienie przechowywane lub magazynowane niezgodnie z jego właściwościami, zaleceniami producenta, chyba że sposób przechowywania, lub magazynowania nie miał wpływu na powstanie Szkody, lub jej rozmiar;
- 8) mienie znajdujące się poza linią brzegową akwenów wodnych;
- 9) akwenty wodne, tamy, grunty i uprawy, Obiekty inżynierskie;
- 10) podziemne zakłady górnicze, tunele, studnie, odwierty, jaskinie oraz inne Budowle, Maszyny, urządzenia, wyposażenie znajdujące się pod ziemią;
- 11) napowietrzne linie przesyłowe i dystrybucyjne oraz urządzenia towarzyszące (w tym linie elektryczne, telekomunikacyjne, światłowodowe);
- 12) Dane elektroniczne i cyfrowe, z wyłączeniem oprogramowania komputerowego stanowiącego Środki obrotowe;
- 13) bankomaty, automaty do gier, automaty wrzutowe na monety lub żetony, automaty do wydawania i rozmienniania pieniędzy wraz z zawartością;
- 14) maszyny wycofane z eksploatacji z powodu Zużycia technicznego;
- 15) pojazdy podlegające obowiązkowi rejestracji: samochody osobowe, samochody ciężarowe, ciągniki samochodowe, autobusy, motocykle, czterokołowce, ciągniki rolnicze, przyczepy, naczepy, pojazdy szynowe, kombajny, Maszyny budowlane oraz maszyny, urządzenia lub narzędzia ciągnięte przez pojazdy, z wyłączeniem wózków widłowych;
- 16) jednostki pływające, załogowe i bezzałogowe statki powietrzne; z wyłączeniem bezzałogowych statków powietrznych, które są Środkami obrotowymi;
- 17) elektrownie jądrowe, instalacje jądrowe, reaktory i ich części jądrowe o właściwościach radioaktywnych, toksycznych lub wybuchowych;
- 18) szklarnie, tunele foliowe, inspekty, powtoki pneumatyczne, hale namiotowe, namioty (chyba że stanowią Środki obrotowe), wraz ze znajdującym się w nich mieniem;
- 19) barakowozy, garaże metalowe, kioski, kontenery bez fundamentów, stragany bez fundamentów, obiekty budowlane niepotraczone trwale z gruntem, obiekty kryte brezentem lub plandeką, tymczasowe obiekty budowlane oraz mienie w nich się znajdujące;
- 20) odpady lub mienie przeznaczone do likwidacji, lub do zezłomowania;
- 21) Środki obrotowe trwale wycofane z obrotu lub których termin ważności upłynął przed powstaniem Szkody;
- 22) mienie, którego zakup potwierdzony jest dowodem uznanym przez uprawnione organy państwa za podrabiony lub przerebiony, albo mienie wytworzone lub wprowadzone do obrotu bez wymaganych prawem zezwoleń, lub koncesji, lub których wytworzenie, lub którego wprowadzenie do obrotu stanowi czyn zabroniony;
- 23) Rośliny, żywe zwierzęta, chyba że stanowią Środki obrotowe w sklepach detalicznych (kwaciarniach lub sklepach zoologicznych), grzyby oraz ich grzybnie, słoma, siano, trawa energetyczna;
- 24) broń, amunicja, materiały wybuchowe, pirotechniczne, fajerwerki;
- 25) akta, dokumenty, rękopisy, plany, wzory;
- 26) dzieła sztuki, eksponaty, modele oraz inne mienie ruchome o charakterze unikatowym lub artystycznym przedmioty zabytkowe, niebędące nieruchomościami;
- 27) bezpieczniki, wkładki topikowe, styczniki, odgromniki, czujniki, żarówki, lampy, chyba że stanowią Środki obrotowe;
- 28) siłownie wiatrowe, wiatraki, biogazownie;
- 29) mienie prototypowe lub poddawane testom sprawności, wydajności, wytrzymałości, ruchowi lub obciążeniom próbnym;
- 30) karty wydawane przez instytucje finansowe, karty rabatowe, pieniądze elektroniczne, kryptowaluty, czek, weksle lub inne dokumenty zastępujące w obrocie Wartości pieniężne.

§ 4 MIEJSCE UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczone mienie Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową w Polsce (na terytorium lądowym), w Miejscu ubezpieczenia wskazanym w Umowie ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie – zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem (z zastrzeżeniem pkt. 2 poniżej).
2. Maszyny, urządzenia, wyposażenie, Środki obrotowe służące do prowadzenia działalności gospodarczej oraz prezentowane na targach, wystawach lub pokazach przez Ubezpieczonego lub jego Pracownika poza Miejscem ubezpieczenia Allianz obejmuje ochroną w Polsce.

3. Sprzęt elektroniczny przenośny używany do prac służbowych przez Ubezpieczonego lub jego Pracowników poza Miejscem ubezpieczenia Allianz obejmuje ochronę ubezpieczeniową na terytorium Unii Europejskiej oraz Szwajcarii, Norwegii, Islandii i Wielkiej Brytanii, do limitu określonego w polisie.
4. W zakresie assistance Allianz organizuje i pokrywa koszty usług w Polsce, w Miejscu ubezpieczenia wskazanym przez Ubezpieczającego w Umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli w związku z bezpośrednim zagrożeniem wystąpienia Szkody, za którą zgodnie z Umową ubezpieczenia Allianz ponosiłby odpowiedzialność odszkodowawczą, Ubezpieczony w celach ratunkowych usunął Ubezpieczone mienie z Miejsca ubezpieczenia, to miejsce, do którego zostało ono przeniesione staje się automatycznie Miejscem ubezpieczenia aż do zakończenia akcji ratunkowej. Po zakończeniu akcji ratunkowej ubezpieczenie w nowym Miejscu ubezpieczenia będzie kontynuowane po zawiadomieniu o tym fakcie Allianz i potwierdzeniu przez Allianz na piśmie, że obejmuje to miejsce ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku, gdy Ubezpieczony rozpocznie działalność w nowym miejscu, znajdując się tam mienie ruchome Allianz obejmuje ochroną przez 30 dni w zakresie zdarzeń objętych odpowiedzialnością Allianz i w granicach sumy ubezpieczenia rzeczy ruchomych. Nowe Miejsca ubezpieczenia to nowe lokalizacje organizowane w Okresie ubezpieczenia na terytorium Polski pod innym adresem niż podany w polisie, w których Ubezpieczony podejmuje działalność gospodarczą tożsamą ze wskazaną w polisie. Obowiązkiem Ubezpieczającego jest powiadomienie Allianz o nowej lokalizacji i podanie aktualnych sum ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty uruchomienia nowej lokalizacji. Jeżeli nowa lokalizacja nie zostanie zgłoszona do Allianz w tym terminie, to ochrona ubezpieczeniowa kończy się po upływie 30 dni od daty jej uruchomienia.

Postanowienia z tego ustępu:

- 1) obowiązują wyłącznie wtedy, gdy Budynek lub Lokal, w którym znajdują się rzeczy ruchome, spełnia wymogi dotyczące zabezpieczeń określonych w § 13 OWU,
- 2) nie dotyczą rzeczy ruchomych na wystawach, targach lub pokazach,
- 3) obowiązują w odniesieniu do ryzyka Powodzi (jeżeli zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko Powodzi).

§ 5 ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Allianz wypłaci odszkodowanie za Szkodę w granicach i na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia, jeżeli Szkoła w Ubezpieczonym mieniu powstała w Miejscu ubezpieczenia i w Okresie ubezpieczenia, w następstwie zmaterializowania się Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności określonych w Umowie ubezpieczenia.
2. Zakres ubezpieczenia zależy od wybranego wariantu. Jest wskazany we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ubezpieczającego ofercie, a Allianz potwierdzi go w polisie.
3. Allianz może objąć ochroną przyjęte do ubezpieczenia mienie w jednym z trzech wariantów. Są to:
 - 1) wariant PODSTAWOWY, obejmujący Szkody w mieniu powstałe wskutek następujących zdarzeń wskazanych w Umowie ubezpieczenia:
 - a) Pożar, Dym i sadza, Eksplozja, Implozja, Uderzenie pioruna, Uderzenie lub upadek statku powietrznego, Upadek drzew lub budowli, Uderzenie pojazdu, zwane łącznie Pożar i inne zdarzenia losowe,
 - b) Deszcz i Grad, Silny wiatr, Napór śniegu lub lodu, Lawina, Osunięcie lub zapadanie się ziemi, Powódź, Trzęsienie ziemi, zwane łącznie ryzyka katastroficzne. Objęcie ochroną ryzyka Powodzi uzależnione jest od oceny zagrożenia powodziowego w Miejscu ubezpieczenia na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego wniosku. Allianz potwierdza w polisie objęcie ochroną ubezpieczeniową Szkód powstałych wskutek Powodzi, jeśli uzna, że istnieje taka możliwość w Miejscu ubezpieczenia wskazanym przez Ubezpieczającego we wniosku.
 - c) Przepięcie,
 - d) assistance (zakres podstawowy);
 - 2) wariant ROZSZERZONY, obejmujący Szkody w mieniu powstałe wskutek następujących zdarzeń wskazanych w Umowie ubezpieczenia:
 - a) zdarzenia losowe objęte zakresem ubezpieczenia w wariantcie PODSTAWOWYM,
 - b) Zalanie,
 - c) Stłuczenie przedmiotów szklanych;
 - 3) wariant PEŁNY, obejmujący Szkody w mieniu powstałe wskutek następujących zdarzeń wskazanych w Umowie ubezpieczenia:
 - a) zdarzenia losowe objęte zakresem ubezpieczenia w wariantcie ROZSZERZONYM,
 - b) Kradzież z włamaniem, Rabunek,
 - c) Wandalizm,
 - d) assistance (zakres rozszerzony),
 - e) Inne nienazwane ryzyka, które nie zostały wyłączone z odpowiedzialności Allianz w § 8 OWU.

Ubezpieczone koszty

4. W każdym z wariantów w granicach sum ubezpieczenia określonych w Umowie ubezpieczenia Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową również:
 - 1) Szkody w mieniu powstałe wskutek akcji gaśniczej lub ratowniczej, w tym rozbiórki, wyburzania lub odgruzowywania, prowadzonej w związku ze Szkodą, za którą Allianz ponosi odpowiedzialność na podstawie Umowy ubezpieczenia;
 - 2) Szkody w mieniu powstałe wskutek skażenia lub zanieczyszczenia tego mienia wskutek zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową;
 - 3) koszty wynikłe z zastosowania dostępnych środków, aby ratować przedmiot ubezpieczenia oraz zapobiec Szkodzie lub zmniejszyć jej rozmiar, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.
5. Ponadto w każdym z wariantów w granicach sum ubezpieczenia mienia, jednak nie więcej niż do limitu odpowiedzialności wskazanego w Umowie ubezpieczenia, Allianz zwraca Ubezpieczonemu uzasadnione i udokumentowane koszty dodatkowe, które Ubezpieczony poniósł wskutek zaistniałej, objętej ochroną Szkody w mieniu. Są to koszty:
 - 1) poszukiwania i usunięcia przyczyny powstania awarii w instalacjach wodno-kanalizacyjnych i grzewczych znajdujących się wewnątrz ubezpieczonego Budynku lub Lokalu;
 - 2) uprzątnięcia pozostałości po Szkodzie, porządkowania, rozbiórki, koniecznych zmian budowlanych, demontażu i montażu nieuszkodzonych przedmiotów ubezpieczenia;
 - 3) transportu do miejsca czasowego przechowywania lub innego nieobjętego Szkodą miejsca prowadzenia działalności gospodarczej Ubezpieczonego;
 - 4) czasowego przechowywania, jeżeli w Miejscu ubezpieczenia nie ma możliwości należytego zabezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia oraz koszty składowania są pokrywane do dnia, w którym powstaje możliwość ponownego montażu lub właściwego zabezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia w Miejscu ubezpieczenia;
 - 5) koszty osuszania;
 - 6) powstałe w związku z przywróceniem operacyjności systemów przeciwpożarowych (zarówno systemów gaszenia, jak i systemów ostrzegania).
6. W wariantcie PEŁNYM w granicach sum ubezpieczenia mienia, jednak nie więcej niż do limitu odpowiedzialności wskazanego w Umowie ubezpieczenia, Allianz zwraca Ubezpieczonemu uzasadnione i udokumentowane koszty dodatkowe w postaci naprawy zabezpieczeń przeciwkradzieżowych uszkodzonych lub zniszczonych wskutek Kradzieży z włamaniem, które Ubezpieczony poniósł wskutek zaistniałej, objętej ochroną Szkody w mieniu.

Koszty stałe działalności

7. W każdym wariantcie Allianz pokryje koszty stałe działalności w ramach limitu określonego w Umowie ubezpieczenia w Miejscu ubezpieczenia wskazanym w Umowie Ubezpieczenia, które Ubezpieczony poniósł w czasie przerwy w działaniu przedsiębiorstwa spowodowanej Szkodą, do której doszło w wyniku Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia. Koszty stałe działalności to wymienione niżej wydatki i zobowiązania, które nie zależą od wielkości zakupów, produkcji lub sprzedaży i mogłyby być przez Ubezpieczonego pokryte przy niezakończonym wykonywaniu działalności lub wynajmowaniu przez niego mienia w celu prowadzenia działalności:
 - 1) zasadnicze wynagrodzenie brutto Pracowników,
 - 2) opłaty dzierżawne, opłaty związane z najmem,
 - 3) opłaty za pobór energii elektrycznej, ciepłej, wody lub gazu,
 - 4) raty kredytów.
8. W przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej, lecz wynajmującej swoje mienie innym podmiotom w celu prowadzenia działalności gospodarczej, Allianz pokryje poniesione przez Ubezpieczonego koszty związane z posiadaniem mienia powstałe w wyniku przerwy w prowadzeniu działalności gospodarczej spowodowanej Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia w granicach limitu w niej określonego.

9. Opisane w ust. 7 i 8 powyżej koszty Allianz pokryje jeżeli prze-
rwa w wykonywaniu działalności trwa dłużej niż 3 dni jednak nie
dłużej niż 6 miesięcy.

Assistance (zakres podstawowy)

10. W każdym wariancie Allianz zorganizuje i pokryje koszty pomocy
specjalisty w Miejsu ubezpieczenia, mające na celu zapobieżenie
dalszym uszkodzeniom i pogorszeniu się warunków pracy (w tym
koszty dojazdu i robocizny specjalisty oraz koszty części zamiennych,
z zastrzeżeniem pkt. 6 i 7 poniżej) w przypadku:
- 1) uszkodzenia instalacji wodno-kanalizacyjnej lub kanalizacji;
 - 2) zablokowania toalety, wanny lub zlewu;
 - 3) awarii systemu zasilania energią elektryczną;
 - 4) awarii głównego systemu grzewczego lub zaopatrzenia w cie-
płą wodę dostarczanego przez główny system grzewczy;
 - 5) uszkodzenia zewnętrznych zamków, dachu, drzwi lub okien
ubezpieczonych: Budynku, Budowli, Lokalu z powodu burzy,
Pożaru, Dymu i sadzy, Kradzieży z włamaniem lub Wandalizmu;
 - 6) zatrzasknięcia drzwi zewnętrznych (z zamkami mechanicznymi),
bez możliwości dostania się lub wydostania z ubezpieczonego:
Budynku, Budowli, Lokalu – w tym przypadku Allianz zapewnia
odblokowanie drzwi (z wyłączeniem kosztów zakupu nowego
zamka);
 - 7) zgubienia lub kradzieży klucza – w tym przypadku Allianz po-
kryje koszty pracy specjalisty w celu wymiany zamka (z wyłącze-
niem kosztów zakupu nowego zamka);
 - 8) pojawienie się wewnątrz ubezpieczonego: Budynku, Budowli,
Lokalu: szczurów, myszy, owadów, gniazd os lub szerszeni (tak-
że gniazda os i szerszeni na zewnętrznej ścianie, dachu lub
w przestrzeni podstropowej ubezpieczonego: Budynku, Budowli,
Lokalu).
11. Korzystanie z pomocy specjalisty w ramach usług assistance jest
ograniczone do czterech Zdarzeń ubezpieczeniowych oraz do kwo-
ty 1 200 zł na każde zdarzenie w Okresie ubezpieczenia.

Assistance (zakres rozszerzony)

12. Ponadto w wariancie PEŁNYM, Allianz w ramach assistance obej-
muje dodatkowe usługi w postaci organizacji i pokrycia kosztów od-
zyskania Danych elektronicznych i cyfrowych utraconych z powodu
Awarii sprzętu elektronicznego (komputera stacjonarnego, laptopa,
tabletu), jeśli są spełnione warunki, które wymieniamy poniżej:
- 1) ubezpieczony Sprzęt elektroniczny jest użytkowany w Miejsu
ubezpieczenia wskazanym w polisie;
 - 2) ubezpieczony Sprzęt elektroniczny nie jest starszy niż 5 lat (wiek
urządzenia jest ustalany w oparciu o dowód zakupu ubezpie-
czonego Sprzętu elektronicznego, a w przypadku jego braku,
wiek urządzenia zweryfikuje specjalista). Ubezpieczony nie po-
niesie kosztów weryfikacji wieku urządzenia.
13. Dane elektroniczne i cyfrowe mogą być odzyskane do maksymalnej
pojemności 2 TB.
14. Usługa odzyskiwania danych jest ograniczona do jednego
Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia i do limi-
tu w wysokości 8 000 zł.

Rozszerzenie do ryzyka Kradzieży z włamaniem

15. W wariancie PEŁNYM, Allianz obejmuje również ochroną ubezpie-
czeniową Szkody powstałe wskutek zaboru urządzeń, elementów
Budynków i Budowli, które ze względu na swoje przeznaczenie są
zamontowane na stałe na zewnątrz Budynku lub Budowli, w sposób
uniemożliwiający ich odtęczenie bez ich uszkodzenia lub bez użycia
narzędzi. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje: markizy, zadaszenia,
siłowniki bram, zewnętrzne elementy telewizji przemysłowej, anteny,
zewnętrzne części klimatyzatorów, neony, szyldy reklamowe, lam-
py i oprawy świetlne zewnętrzne oraz inne zamontowane na stałe
urządzenia i elementy.

Klauzule dodatkowe

16. Na wniosek Ubezpieczającego ochrona ubezpieczeniowa, w ra-
mach każdego z wariantów, może zostać rozszerzona o dodatko-
we ryzyka. Zakres ubezpieczenia zostanie wskazany we wniosku
o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ubezpieczającego ofercie,
a Allianz potwierdzi go w polisie, określając odrębne sumy ubezpie-
czenia lub limity odpowiedzialności. Są to następujące rozszerzenia:
- 1) ubezpieczenie mienia przenośnego, jeżeli do Umowy ubezpie-
czenia została włączona Klauzula nr 1 – Ubezpieczenie maszyn
i urządzeń przenośnych poza Miejscem ubezpieczenia, stano-
wująca Załącznik nr 1 do OWU;
 - 2) Awaria elektryczna i mechaniczna, jeżeli do Umowy ubezpiecze-
nia została włączona Klauzula nr 2 – Ubezpieczenie maszyn

i urządzeń od Awarii elektrycznej i mechanicznej, stanowiąca
Załącznik nr 1 do OWU;

- 3) Rozmrożenie lub zepsucie Środków obrotowych i Mienia osób
trzecich, jeżeli do Umowy ubezpieczenia została włączona
Klauzula nr 3 – Rozmrożenie lub zepsucie Środków obrotowych
i Mienia osób trzecich, stanowiąca Załącznik nr 1 do OWU;
- 4) koszty utraty czynszu, jeżeli do Umowy ubezpieczenia została
włączona Klauzula nr 4 – Utrata czynszu Budynku/Lokalu, sta-
nowiąca Załącznik nr 1 do OWU;
- 5) ubezpieczenie Mienia podczas transportu, jeżeli do Umowy
ubezpieczenia została włączona Klauzula nr 5 – Ubezpieczenie
Mienia podczas transportu, stanowiąca Załącznik nr 1 do OWU;
- 6) ubezpieczenie Sprzętu elektrycznego, jeżeli do Umowy ubezpie-
czenia została włączona Klauzula nr 6 – Ubezpieczenie Sprzętu
elektrycznego, stanowiąca Załącznik nr 1 do OWU;
- 7) utrata Zysku, jeżeli do Umowy ubezpieczenia została włączo-
na Klauzula nr 7 – Utrata zysku, stanowiąca Załącznik nr 1 do
OWU;
- 8) koszty utylizacji leków, recyklingu maszyn i urządzeń oraz utraty
dokumentów do refundacji, jeżeli do Umowy ubezpieczenia zo-
stała włączona Klauzula nr 8 – Koszty utylizacji leków, recylin-
gu maszyn i urządzeń oraz utraty dokumentów dla aptek, stano-
wująca Załącznik nr 1 do OWU.

§ 6 SUMA UBEZPIECZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Suma ubezpieczenia i limity odpowiedzialności to maksymalne
kwoty, do wysokości których Allianz odpowiada w ramach Umowy
ubezpieczenia. Sumę ubezpieczenia i limit odpowiedzialności de-
klaruje Ubezpieczający z uwzględnieniem poniższych postanowień.
Limit odpowiedzialności nie jest wyższy niż Suma ubezpieczenia.
2. Sumę ubezpieczenia ustala się odrębnie dla każdej kategorii
Ubezpieczonego mienia i Miejsca ubezpieczenia.
3. Sumy ubezpieczenia są ustalane w Systemie ubezpieczenia na sumy
stałe w odniesieniu do Budynków i Budowli, Lokali, Nakładów inwe-
stycyjnych, Maszyn, urządzeń, wyposażenia, Środków obrotowych,
Wartości pieniężnych, Mienia pracowniczego, Mienia osób trzecich.
4. Jeżeli Ubezpieczony jest podatnikiem podatku od towarów i usług
(VAT) czynnym, suma ubezpieczenia nie zawiera podatku od towa-
rów i usług (VAT), chyba że umówiono się inaczej.
5. Suma ubezpieczenia nie zawiera podatku akcyzowego oraz opłat
celnych i skarbowych, chyba że umówiono się inaczej.
6. Sumę ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności każdorazowo
Allianz zmniejsza o wysokość wypłaconych przez Allianz odszko-
dowań, świadczeń oraz kosztów dodatkowych (konsumpcja sumy
ubezpieczenia) aż do całkowitego ich wyczerpania, z wyjątkiem as-
sistance, dla którego ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona
również do liczby Zdarzeń ubezpieczeniowych.
7. Ustalone w Umowie ubezpieczenia limity odpowiedzialności Allianz
zmniejsza o kwoty odszkodowań, które Allianz wypłacił z tytułu
Szkód objętych tymi limitami. Jeżeli z powodu wypłaty odszko-
dowania lub świadczeń dodatkowych wysokość sumy ubezpieczenia
stanie się niższa od jakiegokolwiek ustalonego limitu odpowiedzial-
ności, limit ten ulega zmniejszeniu do wysokości zmniejszonej sumy
ubezpieczenia.

Ubezpieczenie	Jak Allianz określa sumę ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności
Ubezpieczenie mienia	Sumę ubezpieczenia deklaruje Ubezpieczający oddzielnie dla dwóch grup Ubezpieczonego mienia: Rzeczy ruchome - Dla Maszyn, urządzeń, wyposażenia suma ubezpieczenia to Wartość odtworzeniowa – nowa (gdy Zużycie techniczne nie przekracza 50%) lub Wartość rzeczywista (gdy Zużycie techniczne przekracza 50%). - Dla Sprzętu elektronicznego – nie starszego niż 7 lat (daty liczone od roku produkcji) suma ubezpieczenia to Wartość odtworzeniowa – nowa. - Dla Sprzętu elektronicznego – starszego niż 7 lat (daty liczone od roku produkcji) suma ubezpieczenia to Wartość odtworzeniowa – nowa (gdy Zużycie techniczne nie przekracza 50%) lub Wartość rzeczywista (gdy Zużycie techniczne przekracza 50%). - Dla Środków obrotowych suma ubezpieczenia to wartość, która odpowiada cenie ich nabycia (jeżeli Ubezpieczony nie jest ich wytwórcą lub producentem) lub Wartość wytworzenia (jeżeli Ubezpieczony jest ich wytwórcą lub producentem). - Dla Mienia osób trzecich suma ubezpieczenia to Wartość rzeczywista. - Dla Nakładów inwestycyjnych suma ubezpieczenia to wartość, która odpowiada poniesionym lub przewidywanym w Okresie ubezpieczenia kosztom na adaptację Budynku lub Lokalu. - Dla Mienia pracowniczego suma ubezpieczenia to Wartość rzeczywista. - Dla Wartości pieniężnych suma ubezpieczenia to wartość nominalna (wartość nominalną waluty obcej przelicza się na złote według średniego kursu ogłoszonego przez Prezesa NBP w dniu wystąpienia Szkody). Nieruchomości - Dla Budynków, Budowli, Lokali suma ubezpieczenia to Wartość odtworzeniowa – nowa (gdy Zużycie techniczne nie przekracza 50%) lub Wartość rzeczywista (gdy Zużycie techniczne przekracza 50%).
Assistance	Limity znajdują się w § 5 ust. 11 i 14 OWU.

- Allianz obejmuje automatyczną ochroną ubezpieczeniową, w zakresie ubezpieczenia, wzrost wartości Ubezpieczonego mienia związany z jego modernizacją lub zakupem nowego mienia w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia. Limit odpowiedzialności dla zakresu opisanego w pierwszym zdaniu wynosi 20% sumy ubezpieczenia mienia, nie więcej niż 300 000 zł.
- Ochrona ubezpieczeniowa opisana w ust. 8 powyżej dotyczy Miejsca ubezpieczenia potwierdzonego w polisie i trwa 30 dni od dnia udokumentowanego zakupu lub zwiększenia wartości mienia w dokumentach księgowych. Warunkiem przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na okres ponad 30 dni (nie dłużej niż do końca okresu obowiązywania Umowy ubezpieczenia) dla nowo nabytego mienia jest zgłoszenie go do ubezpieczenia przed upływem 30 dni od dnia jego nabycia i optacenie zaproponowanej przez Allianz dodatkowej składki.
- Allianz obejmuje automatyczną ochroną ubezpieczeniową, w zakresie ubezpieczenia, rzeczy ruchome w nowej lokalizacji – w okresie od daty jej uruchomienia do momentu zgłoszenia do Allianz nowej lokalizacji. Limit odpowiedzialności dla opisanego w zdaniu poprzedzającym zakresu wynosi 20% sumy ubezpieczenia rzeczy ruchomych, nie więcej niż 300 000 zł.
- Dla ryzyk: Pożar i inne zdarzenia losowe, ryzyka katastroficzne, Zalanie, Inne nienazwane ryzyka górną granicą odpowiedzialności Allianz jest suma ubezpieczenia Ubezpieczonego mienia określona w Umowie ubezpieczenia i potwierdzona w polisie.
- Dla ryzyk: Stłuczenie przedmiotów szklanych, Kradzież z włamaniem i Rabunek, Wandalizm, z zastrzeżeniem ust. 14 poniżej, górną granicą odpowiedzialności Allianz jest limit określony w Umowie ubezpieczenia i potwierdzony w polisie.
- Dla ryzyka kosztów stałych działalności górną granicą odpowiedzialności Allianz jest limit i wynosi on 250 000 zł, jednak nie więcej niż suma Ubezpieczonego mienia.
- Dla Szkód powstałych wskutek Wandalizmu polegającego na pomalowaniu, porysowaniu, umieszczeniu napisów (graffiti) górną granicą odpowiedzialności Allianz wynosi 5 000 zł, jednak nie więcej niż limit dla ryzyka Wandalizmu określony w Umowie ubezpieczenia i potwierdzony w polisie.

- Dla ryzyka ubezpieczonych kosztów górną granicą odpowiedzialności Allianz wynosi 250 000 zł, jednak nie więcej niż suma Ubezpieczonego mienia.
- Odpowiedzialność Allianz dla poniżej wymienionego mienia, za Szkody powstałe na skutek zdarzeń objętych ochroną, jest ograniczona do limitów:
 - w przypadku Mienia pracowniczego za Szkodę w mieniu jednego poszkodowanego Pracownika Allianz ponosi odpowiedzialność do kwoty 1 000 zł;
 - w przypadku Maszyn, urządzeń, wyposażenia i Środków obrotowych, które Ubezpieczony prezentuje na wystawach, targach lub pokazach Allianz ponosi odpowiedzialność za Szkody powstałe na skutek zdarzeń objętych ochroną do kwoty 50 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w Okresie ubezpieczenia – jednak nie więcej niż suma ubezpieczenia zadeklarowana dla ubezpieczonych rzeczy ruchomych;
 - dla ryzyka Uderzenia pojazdu dla Szkód powstałych wskutek uderzenia Pojazdem wolnobieżnym kierowanym lub używanym przez Ubezpieczonego lub jego Pracowników Allianz ustala podlimit w wysokości 30 000 zł – nie więcej niż suma ubezpieczenia Ubezpieczonego mienia;
 - dla ryzyk katastroficznych w przypadku mienia przechowywanego na wolnym powietrzu Allianz ustala podlimit w wysokości 10% sumy ubezpieczenia zadeklarowanej przez Ubezpieczającego dla ubezpieczonych rzeczy ruchomych – nie więcej niż 100 000 zł;
 - Wartości pieniężne Allianz obejmuje ochroną na skutek zdarzeń objętych Umową ubezpieczenia do limitu 150 000 zł, nie więcej niż suma ubezpieczenia rzeczy ruchomych oraz z zastrzeżeniem podlimitów w zależności od miejsca przechowywania tych wartości:
 - kasy fiskalne – 3 000 zł na jedną, ale nie więcej niż 6 000 zł na wszystkie kasy fiskalne,
 - kasety metalowe – 6 000 zł na jedną, ale nie więcej niż 10 000 zł na wszystkie kasety metalowe,
 - szafy sejfowe lub szafy stalowe bez udokumentowanej klasy odporności na włamanie – 20 000 zł,
 - urządzenia do przechowywania Wartości pieniężnych o I lub II klasie odporności na włamanie – 100 000 zł,
 - urządzenia do przechowywania Wartości pieniężnych powyżej II klasy odporności na włamanie – 150 000 zł.
- Limit odpowiedzialności dla zaboru mienia zamontowanego na stałe na zewnątrz Budynku lub Budowli wynosi 20 000 zł.
- Jeśli zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko Kradzieży z włamaniem, to Allianz wypłaci odszkodowanie za Szkody w Ubezpieczonym mieniu, w tym za koszty naprawy zabezpieczeń, powstałe w następstwie Kradzieży z włamaniem w ramach sumy ubezpieczenia i limitu odpowiedzialności ustalonego dla tego ryzyka.

§ 7 NIEDOUBEZPIECZENIE

- Jeżeli w chwili wystąpienia Szkody wartość Ubezpieczonego mienia – liczona według zasad określonych w niniejszych OWU – jest wyższa niż zadeklarowana w Umowie ubezpieczenia, to występuje niedoubezpieczenie. Allianz wypłaci odszkodowanie z zastosowaniem zasady określonej w ust. 2 poniżej.
- W razie niedoubezpieczenia odszkodowanie zostanie wypłacone w takiej proporcji, w jakiej suma ubezpieczenia określona w Umowie ubezpieczenia pozostaje do wartości Ubezpieczonego mienia w ubezpieczonej lokalizacji.
- Zasada określona w ust. 2 powyżej nie ma zastosowania:
 - jeżeli niedoubezpieczenie nie przekracza 20%;
 - w odniesieniu do nakładów poniesionych na ratowanie Ubezpieczonego mienia, ograniczenie Szkody lub jej zapobieżenie przez Ubezpieczającego, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek przez Ubezpieczonego;
 - w odniesieniu do pozycji ubezpieczonych na pierwsze ryzyko;
 - w stosunku do Ubezpieczającego/Ubezpieczonego będącego konsumentem w rozumieniu art. 22¹ kodeksu cywilnego oraz w stosunku do Ubezpieczającego/Ubezpieczonego będącego osobą fizyczną, w sytuacji gdy Umowę ubezpieczenia zawarto w związku z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą lub zawodową.

§ 8 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- W żadnym z wariantów Allianz nie obejmuje ochroną Szkód i kosztów, które powstały na skutek wskazanych poniżej okoliczności:

- 1) wojny (niezależnie od tego, czy została wypowiedziana), działań noszących znamiona wojny, inwazji, innych wrogich działań obcych państw, wojny domowej, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, przewrotu wojskowego, buntu w siłach zbrojnych, rebelii, rewolucji, powstania, jak również działań podejmowanych w celu kontroli, zapobieżenia lub powstrzymania tych zjawisk;
 - 2) Strajku, Rozruchów, Zamieszek społecznych lub Lokautu;
 - 3) Aktu terroryzmu;
 - 4) skażenia radioaktywnego, którego źródłem jest paliwo jądrowe, promieniowania jonizującego, oddziaływania energii lub paliwa jądrowego, odpadów nuklearnych lub związków będących wynikiem spalania paliwa jądrowego, izotopów promieniotwórczych, broni lub innych urządzeń wytwarzających lub wykorzystujących energię jądrową bądź substancje radioaktywne;
 - 5) zniszczenia Danych elektronicznych i cyfrowych, ich zniekształcenia, usunięcia, uszkodzenia, modyfikacji, kradzieży lub nieautoryzowanej lub mającej postać czynu zabronionego zmiany Danych elektronicznych i cyfrowych, w szczególności wskutek Ataku komputerowego, Wojny cyfrowej lub cyberterroryzmu;
 - 6) działań represyjnych stosowanych przez organy władzy: konfiskaty, nacjonalizacji, rekwizycji, bezprawnego zajęcia, wywłaszczenia, albo arbitralnych działań organów władzy, w szczególności wydania aktu prawnego lub nakazu administracyjnego, w tym uniemożliwiającego, ograniczającego lub wskazującego sposób odtworzenia mienia po Szkodzie;
 - 7) ruchu zakładu górniczego rozumianego zgodnie z prawem geologicznym i górniczym;
 - 8) prowadzenia robót stratających lub wyburzeniowych z wykorzystaniem materiałów wybuchowych przez Ubezpieczonego, na jego zlecenie, pod jego kierownictwem lub za jego wiedzą lub zgodą;
 - 9) usiłowania lub dokonania oszustwa, wyłudzenia, wymuszenia lub szantażu, wprowadzenia w błąd, poświadczenia nieprawdy, fałszerstwa lub podstęp, sprzeniewierzenia, przywłaszczenia, defraudacji, niewyjaśnionej utraty mienia;
 - 10) działania umyślnego Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek działania umyślnego Ubezpieczonego lub osoby, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, a w razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek – działania umyślnego osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 11) rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek – rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego chyba, że zapłata odszkodowania lub spełnienie świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
2. W żadnym z wariantów odpowiedzialność Allianz nie obejmuje Szkód powstałych wskutek:
- 1) wnikania opadów atmosferycznych lub nieczystości do wnętrza Budynku poprzez otwarte okna, drzwi zewnętrzne, świetliki dachowe lub klapy dymowe lub wynikającego z zaniechania wykonywania przeglądów technicznych, badań okresowych, konserwacji lub innych czynności, do wykonania których Ubezpieczony jest zobowiązany przepisami prawa lub zawartą przez niego umową: dachu, rynien, okien, drzwi zewnętrznych, świetlików dachowych, klap dymowych, systemów odwadniających lub innych elementów Budynków lub Budowli;
 - 2) oddziaływania lub przenikania wody gruntowej, przemarzania, prowadzenia prób ciśnieniowych, przeglądu lub konserwacji instalacji lub urządzeń gaśniczych;
 - 3) działania ciepła, przypalenia, osmolenia lub wypalenia, jeżeli nie jest związane z Pożarem, Uderzeniem pioruna, Eksplozją, lub wskutek poddania w procesie technologicznym przedmiotu ubezpieczenia działaniu ognia lub wysokiej temperatury;
 - 4) wgniecenia, porysowania, zadrapania na powierzchniach malowanych, polerowanych lub emaliowanych, zmiany barwy, odbarwienia;
 - 5) Osunięcia lub zapadania się ziemi, gdy są to Szkody powstałe w związku z działalnością człowieka;
 - 6) naturalnego osiadania Budynku, Budowli;
 - 7) Uderzenia pojazdu kierowanego lub używanego przez Ubezpieczonego lub jego Pracownika, z wyłączeniem uderzenia Pojazdu wolnobieżnego, oraz Szkód wyrządzonych w tym Pojeździe wolnobieżnym i jego ładunku, z zastrzeżeniem limitu odpowiedzialności Allianz określonego w § 6 ust. 16 pkt 3;
 - 8) kontrolowanej Eksplozji wywołanej w celach produkcyjnych, eksploatacyjnych lub celowych w związku z prowadzoną działalnością;
 - 9) Uderzenia pioruna lub Przepięcia – w bezpiecznikach, wkładkach topikowych, stycznikach, odgromnikach, czujnikach, żarówkach, lampach;
 - 10) procesów technologicznych normalnie zachodzących w trakcie produkcji lub wykonywania usług na Ubezpieczonym mieniu;
 - 11) długotrwałego oddziaływania wilgoci, pleśni, grzybów, roślinności, dymu, pyłu lub kurzu, kurczenia się, rozciągania oraz pękania, wysychania, parowania, naturalnej zmiany wagi, objętości, koloru, tekstury, smaku, zapachu, gęstości lub innych właściwości fizykochemicznych, wewnętrznego psucia się, wpływu warunków atmosferycznych, które należało uwzględnić z uwagi na porę roku lub warunki miejscowe, tj. działania energii słonecznej, wilgotności, suchości, temperatury, ciśnienia lub ruchu powietrza;
 - 12) zmian genetycznych, działania lub oddziaływania mikroorganizmów lub zwierząt, z wyłączeniem Szkód powstałych wskutek działania zwierząt łasicowatych, gryzoni, owadów, ptaków w wariancie PEŁNYM;
 - 13) Chorób zakaźnych, a także działań podjętych z obawy przed Chorobą zakaźną lub powstałych na skutek kontrolowania, zapobiegania rozprzestrzenianiu się lub zwalczania Choroby zakaźnej;
 - 14) normalnego zużycia, zesterzenia, ścierania, pokrycia osadem, erozji, korozji lub kawitacji;
 - 15) zakłóceń lub przerwy w dostawie mediów takich jak prąd, woda, para, energia cieplna, gaz lub inne paliwo oraz usługi telekomunikacyjne, chyba że – w odniesieniu do przerwy w dostawie prądu – zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 3, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU;
 - 16) wad Ubezpieczonego mienia powstałych na etapie produkcji;
 - 17) wadliwego projektu, wad materiałowych, specyfikacji, błędów konstrukcyjnych lub wadliwego wykonania, błędu w obsłudze, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 2 i Klauzulę nr 6, stanowiące Załącznik nr 1 do OWU;
 - 18) Kradzieży zwykłej, niewyjaśnionej zaginięcia lub braków stwierdzonych podczas sprawdzania i spisywania stanu ilościowego majątku;
 - 19) rozboju, chyba że Szkoda powstała wskutek Rabunku i zdarzenie to zostało objęte zakresem ubezpieczenia w wariancie PEŁNYM;
 - 20) zaniechania obowiązkowych okresowych przeglądów konserwacyjnych lub remontów, braku utrzymania obiektów budowlanych w należytym stanie technicznym, a także powstałych wskutek braku konserwacji obiektów budowlanych oraz instalacji w tych obiektach lub wynikających z faktu, że konstrukcja tych obiektów nie odpowiada przepisom prawa, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar Szkody;
 - 21) Zalania z pozostawionych otwartych zaworów;
 - 22) pęknięcia mrozowego wszelkich instalacji, urządzeń znajdujących się na zewnątrz Budynku lub wewnątrz Budynku/Lokalu nieogrzewanego w sposób zapewniający utrzymanie dodatniej temperatury w całym Budynku/Lokalu, chyba że Budynek/Lokal jest nieogrzewany na skutek zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
 - 23) zabezpieczenia mienia (w tym Wartości pieniężnych) niezgodnie z postanowieniami dotyczącymi minimalnych wymogów zabezpieczenia mienia określonych w § 13 OWU;
 - 24) utraty przedmiotu ubezpieczenia w wyniku przywłaszczenia, defraudacji, sprzedaży, oddania, zamiany;
 - 25) powstałych wskutek załadunku i wyładunku, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 5, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU;
 - 26) składowania, przechowywania lub magazynowania Ubezpieczonego mienia w sposób niezgodny z jego właściwościami, zaleceniami producenta lub obowiązującymi przepisami prawa, chyba że sposób składowania, przechowywania, lub magazynowania nie miał wpływu na powstanie Szkody lub jej rozmiar;
 - 27) w odniesieniu do ryzyka Kradzieży z włamaniem Allianz nie odpowiada za Szkody spowodowane działaniem Osoby trzeciej, jeżeli nie pozostawiła ona śladów włamania lub śladów świadczących o jej obecności, z wyjątkiem przypadków, gdy sprawca otworzy zabezpieczenia podrobionym kluczem, innym narzędziem lub kluczem oryginalnym, który sprawca zdobył w wyniku Kradzieży z włamaniem do innego Budynku lub Lokalu, lub w wyniku Rabunku.
3. W odniesieniu do ryzyka kosztów stałych działalności oraz Innych nienazwanych ryzyk Allianz nie pokryje:
- 1) kosztów spowodowanych uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą ksiąg rachunkowych, papierów wartościowych, aktów, planów, nośników danych i dokumentacji, lub utratą gotówki;

- 2) kosztów spowodowanych brakiem kapitału na odtworzenie utraconego przedmiotu ubezpieczenia lub naprawę uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia;
- 3) kosztów spowodowanych przerwą w dostawach wody, gazu, energii lub innych usług od Osób trzecich;
- 4) kosztów wywołanych przerwą w prowadzeniu działalności gospodarczej na skutek awarii opisanych w Klauzuli nr 2, stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU;
- 5) kosztów zmiennych;
- 6) kosztów premii, dodatków specjalnych do wynagrodzeń, wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych.
4. W odniesieniu do ryzyka assistance (zakres podstawowy) oraz Innych nienazwanych ryzyk Allianz nie pokryje kosztów, które wymieniono poniżej:
 - 1) koszty wynikające z awarii lub odłączenia usług publicznych (dostaw prądu, wody lub gazu), niezależnie od ich przyczyny, we wskazanym przez Ubezpieczającego Miejscu ubezpieczenia;
 - 2) koszty uszkodzeń Ubezpieczonego mienia spowodowane naprawami wykonanymi przez Ubezpieczonego;
 - 3) koszty uszkodzeń instalacji, za którą odpowiada administrator wielorodzinnego Budynku, zarządca Budynku lub dostawca mediów (wody, gazu, energii elektrycznej);
 - 4) koszty poszukiwania uszkodzeń.
5. W odniesieniu do ryzyka assistance (zakres rozszerzony) oraz Innych nienazwanych ryzyk Allianz nie świadczy usług assistance oraz nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach, gdy Szkoda wynika z lub polega na:
 - 1) utracie oprogramowania;
 - 2) uszkodzeniu (w tym awarii lub nieprawidłowym działaniu) systemu plików;
 - 3) awarii niezwiązanej z elektronicznym uszkodzeniem dysku twardego (np. awarii systemu operacyjnego, wirusie, złośliwym oprogramowaniem);
 - 4) przechowywania Sprzętu elektronicznego niezgodnie z zaleceniami producenta;
 - 5) działaniu prądu elektrycznego innego niż zwarcie lub Przepięcie;
 - 6) uszkodzeniu Sprzętu elektronicznego: komputera stacjonarnego, laptopa, tabletu spowodowanym wahaniami temperatury, zanieczyszczeniem, działaniem źródeł ciepła lub działaniem sił przyrody;
 - 7) działaniu cieczy lub przypadkowym uszkodzeniu Sprzętu elektronicznego: komputera stacjonarnego, laptopa, tabletu;
 - 8) działaniu cieczy lub przypadkowym uszkodzeniu Maszyn, urządzeń, wyposażenia;
 - 9) próbie odzyskania Danych elektronicznych i cyfrowych bez udziału centrum alarmowego Allianz;
 - 10) wymianie uszkodzonego Sprzętu elektronicznego lub dysku twardego;
 - 11) instalacji oprogramowania;
 - 12) utracie danych z zaszyfrowanych dysków twardych i dysków za-infekowanych przez złośliwe oprogramowanie (ransomware).
6. W odniesieniu do ryzyka assistance (zakres rozszerzony) oraz Innych nienazwanych ryzyk:
 - 1) Allianz nie zapewnia odzyskania danych, w przypadku gdy z uwagi na stopień uszkodzenia sprzętu odzyskanie utraconych danych jest niemożliwe;
 - 2) Allianz zastrzega, że w przypadku odzyskiwania danych, Sprzęt elektroniczny może ulec uszkodzeniu, co może uniemożliwić jego naprawę lub przywrócenie do stanu pierwotnego. Może to spowodować utratę gwarancji producenta. W takiej sytuacji Allianz skontaktuje się z Ubezpieczonym w celu uzyskania informacji, czy urządzenie ma być zwrócone, czy zutylizowane.
7. Ponadto w przypadku zawarcia umowy w wariancie PEŁNYM, Allianz nie ponosi również odpowiedzialności za:
 - 1) Szkody powstałe w wyniku Powodzi, o ile zakres ubezpieczenia nie został rozszerzony o ryzyko Powodzi;
 - 2) Szkody powstałe w maszynach i urządzeniach przenośnych, które Ubezpieczony lub jego Pracownik wykorzystują do celów służbowych poza Miejscem ubezpieczenia, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 1, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU;
 - 3) Szkody powstałe wskutek Awarii mechanicznej i Awarii elektrycznej, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 2, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU;
 - 4) Szkody powstałe w wyniku podwyższenia się temperatury przechowywania w Urządzeniach chłodniczych, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 3, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU;
 - 5) koszty powstałe z tytułu utraty czynszu, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 4, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU;
 - 6) Szkody powstałe w Mieniu podczas transportu, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 5, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU;
 - 7) Szkody powstałe na skutek Wypadku środka transportu, którym jechał Ubezpieczony lub jego Pracownik, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 5 i Klauzulę nr 6, stanowiące Załącznik nr 1 do OWU;
 - 8) Szkody powstałe na skutek Kradzieży z włamaniem z pojazdu i Kradzieży wraz z pojazdem, którym jechał Ubezpieczony lub jego Pracownik, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 1, Klauzulę nr 5 i Klauzulę nr 6, stanowiące Załącznik nr 1 do OWU;
 - 9) Szkody powstałe w Sprzęcie elektronicznym wskutek błędów:
 - a) w obsłudze, będących wynikiem nieostrożności, zaniedbania, niewłaściwego użytkowania, braku odpowiednich kwalifikacji Ubezpieczonego lub jego Pracowników, błędu operatora,
 - b) popełnionych w trakcie konstrukcji,
 - c) powstałych wskutek wad materiałowych,
 - d) popełnionych w trakcie produkcji,
 chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 6, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU;
 - 10) straty powstałe wskutek utraty Zysku, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 7, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU;
 - 11) koszty utylizacji leków w aptece lub punkcie aptecznym, recyklingu maszyn i urządzeń znajdujących się w aptece lub punkcie aptecznym, braku możliwości uzyskania refundacji sprzedanych refundowanych leków lub wyrobów medycznych, wskutek zniszczenia dokumentów będących podstawą refundacji, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 8, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU;
 - 12) stłuczenia lub pęknięcia przedmiotów szklanych, będących:
 - a) rzeczami ruchomymi, z wyłączeniem przedmiotów wskazanych w definicji § 2 ust. 49,
 - b) w szybach, przedmiotach szklanych w Budynku, Budowli, Lokalu, w trakcie Drobnych prac remontowo-budowlanych,
 - c) szklanymi okładzinami podłogowymi;
 - 13) pękanie, kruszenie się, deformację ścian, dachu lub elementów konstrukcyjnych Budynku lub Budowli, chyba że powstały w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia.
8. Allianz nie odpowiada za Szkody powstałe w następującym mieniu:
 - 1) w Środkach obrotowych lub Mieniu osób trzecich znajdujących się w pomieszczeniach usytuowanych poniżej poziomu gruntu na wysokości mniejszej niż 10 cm lub innej indywidualnie uzgodnionej z Allianz wysokości od poziomu podłogi, jeżeli Szkoda powstała wskutek Powodzi, Deszczu lub Zalania, chyba że sposób składowania, przechowywania lub magazynowania nie miał wpływu na powstanie Szkody, lub jej rozmiar;
 - 2) w obiektach budowlanych, w których prowadzone są Roboty budowlane oraz w znajdującym się w nich mieniu, oraz innym mieniu, na którym są one wykonywane, powstałe w związku z Robotami budowlanymi przed oddaniem ich do użytkowania, niezależnie od tego, czy roboty były czynnie prowadzone bądź przerwane w momencie powstania Szkody;
 - 3) w mieniu wymienionym w § 3 ust. 4 OWU.
9. Ponadto Allianz nie wyptaci odszkodowania za:
 - 1) następstwa Szkód w postaci utraconych korzyści (w tym Zysku, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Klauzulę nr 7, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU, na warunkach tam określonych), kosztów, wydatków lub zobowiązań, w szczególności kar umownych, spowodowanych opóźnieniem, niespełnieniem świadczenia, nienależytym wykonaniem bądź utratą kontraktu lub polegających na ograniczeniu lub utracie możliwości czerpania pożytków, funkcjonalności, możliwości zbycia, zmniejszeniu lub utracie wartości Ubezpieczonego mienia;
 - 2) Szkody oraz ich następstwa, a także skutki okoliczności, które mogą powodować lub spowodowałyby zobowiązanie do spełnienia przez Allianz świadczenia w zakresie, w jakim naruszałoby to obowiązujące międzynarodowe przepisy przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych, lub inne mające zastosowanie regulacje Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych, jak też inne właściwe przepisy lub regulacje przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych.

§ 9 UMOWA UBEZPIECZENIA

- Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku złożonego przez Ubezpieczającego u przedstawiciela Allianz. We wniosku Ubezpieczający określa przedmiot działalności zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności. Jeśli Ubezpieczonym jest osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej, lecz wynajmująca swoje mienie innemu podmiotowi w celu prowadzenia działalności gospodarczej, to na potrzeby ubezpieczenia Allianz przyjmuje dla niej PKD 68.20.Z: Wynajem i zarządzanie nieruchomościami własnymi lub dzierżawionymi. Wniosek stanowi integralną część umowy. Ubezpieczający składa wniosek u przedstawiciela Allianz lub za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość. Umowa ubezpieczenia może być też zawarta poprzez przyjęcie przez Ubezpieczającego warunków złożonej przez Allianz oferty. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia na odległość dodatkowo Allianz udostępni regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną.
- W odniesieniu do ryzyka Powodzi, o ile Umowa ubezpieczenia obejmuje to ryzyko, odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się z upływem 30 dni (Karencja) od dnia zawarcia umowy, jednakże nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki lub pierwszej raty składki.
- Wskazany powyżej okres Karencji nie ma zastosowania dla Umów ubezpieczenia zawartych w Allianz z zachowaniem ciągłości ochrony ubezpieczeniowej dla ryzyka Powodzi. Przez ciągłość ochrony ubezpieczeniowej Allianz rozumie sytuację, w której Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na mocy kolejnych, następujących bezpośrednio po sobie Umów ubezpieczenia, bez dnia przerwy.
- Allianz potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia polisą.
- O ile nie umówiono się inaczej, Umowę ubezpieczenia zawiera się na Okres ubezpieczenia wynoszący 12 miesięcy.
- Allianz może wymagać od Ubezpieczającego udzielenia dodatkowych informacji i wyjaśnień niezbędnych do wykonania przez Allianz oceny ryzyka.
- Allianz ma prawo uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia od wprowadzenia Franszyzy redukcyjnej określonej we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ubezpieczającego ofercie. Na podstawie indywidualnej oceny, za zgodą obu stron, Allianz może również wprowadzić do Umowy ubezpieczenia dodatkowe ograniczenia odpowiedzialności dla przedmiotu ubezpieczenia lub Szkód powstałych wskutek określonych zdarzeń objętych zakresem Umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz zapytywał we wniosku albo przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Allianz Umowy ubezpieczenia, mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
- Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać Allianz o zmianie okoliczności wymienionych w ust. 8 powyżej niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 14 dni, po otrzymaniu o nich wiadomości. W razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek określony w zdaniu poprzedzającym spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu Umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
- Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 8-9 powyżej nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w ust. 8-9 powyżej doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości uznaje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe przewidziane Umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 10 SKŁADKA

- Składka należna Allianz za udzielanie ochrony ubezpieczeniowej jest określana na podstawie wysokości taryfy, która obowiązuje w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia lub aneksu do Umowy ubezpieczenia. Elementy, które mają wpływ na składkę to:
 - rodzaj działalności prowadzonej w Miejscu ubezpieczenia,
 - przedmiot ubezpieczenia,
 - wysokość zadeklarowanych sum ubezpieczenia lub limitów odpowiedzialności,
 - zakres ubezpieczenia,
 - Miejsce ubezpieczenia,
 - sposób zabezpieczenia mienia,

- rodzaj i konstrukcja Budynków, w jakich jest prowadzona działalność,
 - długość Okresu ubezpieczenia,
 - historia szkodowa poprzednich Umów ubezpieczenia,
 - koszt reasekuracji ryzyka,
 - inne okoliczności mogące mieć wpływ na prawdopodobieństwo powstania lub wysokości Szkody, o które Allianz pytał Ubezpieczającego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
- Wysokość składki, termin oraz sposób jej zapłaty są określone w Umowie ubezpieczenia. Jeżeli nie umówiono się inaczej, składka powinna być zapłacona jednorazowo przy zawarciu Umowy ubezpieczenia.
 - W przypadku dokonania płatności przelewem bankowym, kartą płatniczą za datę opłacenia składki lub jej raty uznaje się datę zlecenia przelewu w banku lub płatności kartą.
 - Za zapłatę składki lub raty składki uważa się zapłatę pełnej kwoty określonej w Umowie ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
 - Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Allianz wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
 - W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
 - W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego obowiązek wypłaty przez Allianz odszkodowania wyczerpującego sumę ubezpieczenia, niewymagalna składka ubezpieczeniowa pozostała do zapłaty staje się wymagalna. Allianz może potrącić pozostałą do zapłaty składkę ubezpieczeniową z kwoty należnego odszkodowania, o ile odszkodowanie przysługuje Ubezpieczonemu będącemu jednocześnie Ubezpieczającym.

§ 11 POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu całości składki lub jej pierwszej raty, o ile w Umowie ubezpieczenia nie wskazano inaczej.
- Jeżeli zgodnie z Umową ubezpieczenia Allianz ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie zostały zapłacone w terminie, Allianz może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, na który przypadła niezapłacona składka.
- W razie opłacania składki w ratach, nieopłacenie kolejnej raty składki w terminie określonym w Umowie ubezpieczenia spowoduje ustanie odpowiedzialności Allianz, jeśli po upływie terminu zapłaty Allianz wezwał Ubezpieczającego do zapłaty raty składki informując w wezwaniu o skutkach braku płatności (ustanie odpowiedzialności Allianz), o ile zapłata nie zostanie dokonana w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania.
- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się, a odpowiedzialność Allianz ustaje:
 - z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta;
 - z dniem odstąpienia od umowy przez Ubezpieczającego;
 - z dniem wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego lub przez Allianz w sytuacjach, o których mowa w tych OWU;
 - z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia na skutek wypłaty odszkodowania lub odszkodowań – umowa ulega jednak rozwiązaniu wyłącznie w odniesieniu do tego rodzaju ubezpieczenia, kategorii Ubezpiezonego mienia lub przedmiotu ubezpieczenia, w odniesieniu do którego suma ubezpieczenia uległa wyczerpaniu;
 - z dniem całkowitej utraty bądź zniszczenia przedmiotu ubezpieczenia objętego ochroną w ramach ubezpieczenia mienia – jednak umowa ulega rozwiązaniu wyłącznie w odniesieniu do tego przedmiotu ubezpieczenia, który został utracony lub całkowicie zniszczony;
 - z dniem zbycia przedmiotu ubezpieczenia;
 - z dniem, w którym Ubezpieczony przestanie prowadzić działalność gospodarczą;
 - w sytuacji określonej w ust. 3 powyżej.
- Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia

Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Allianz udziela ochrony ubezpieczeniowej.

6. W przypadku gdy Ubezpieczający jest konsumentem i zawrze Umowę ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, termin, w którym może odstąpić od umowy, wynosi 30 dni od dnia, w którym Allianz poinformował o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta (liczy się termin późniejszy). Termin uważa się za zachowany, jeżeli Ubezpieczający wysła oświadczenie na piśmie najpóźniej w ostatnim dniu terminu, w którym ma prawo do odstąpienia. Ubezpieczający nie musi podawać przyczyn odstąpienia od umowy. Prawo do odstąpienia nie przysługuje, jeżeli Ubezpieczający jest konsumentem i umowa została całkowicie wykonana na żądanie Ubezpieczającego przed upływem terminu, o którym mowa w pierwszym zdaniu tego ustępu lub w przypadku gdy umowa została zawarta przez Ubezpieczającego na okres krótszy niż 30 dni.
7. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia objętego ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, każda ze stron Umowy ubezpieczenia może zażądać zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku Okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia żądania, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.
8. Jeżeli Umowa ubezpieczenia zawarta jest na czas określony, Allianz może ją wypowiedzieć jedynie z ważnych powodów wymienionych poniżej:
 - 1) w trakcie trwania umowy (w tym po zgłoszeniu Szkody) zostało ujawnione, że Ubezpieczający umyślnie albo przez rażące niedbalstwo podał do wiadomości Allianz informacje niezgodne z rzeczywistością, wbrew obowiązkowi wynikającemu z § 9 ust. 6 OWU;
 - 2) jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony (jeżeli ubezpieczenie zostało zawarte na cudzy rachunek) podejmą próbę celowego wyłudzenia od Allianz świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Allianz następuje w formie pisemnej.

§ 12 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek także Ubezpieczony (chyba, że nie wie o zawarciu Umowy ubezpieczenia na jego rachunek), są zobowiązani do:
 - 1) przestrzegania obowiązujących przepisów prawa, w szczególności przepisów prawa budowlanego w zakresie eksploatacji i konserwacji Budynków i Budowli, przepisów o ochronie przeciwpożarowej, przepisów BHP, przepisów o budowie i eksploatacji urządzeń, wykonywaniu dozoru technicznego oraz do przestrzegania postanowień uzgodnionych w Umowie ubezpieczenia;
 - 2) utrzymywania Ubezpieczonego mienia w należytym stanie technicznym, zapewnienia prawidłowego montażu, utrzymywania, konserwacji i eksploatacji przedmiotu ubezpieczenia zgodnie z instrukcją obsługi i zaleceniami producenta, zapewnienia pielęgnacji i konserwacji drzew znajdujących się w Miejscu ubezpieczenia;
 - 3) utrzymywania w należytym stanie technicznym i uruchamiania wszystkich zadeklarowanych we wniosku o ubezpieczenie zabezpieczeń przeciwpożarowych, przeciwkradzieżowych i innych zabezpieczeń;
 - 4) okresowej konserwacji i utrzymywania instalacji oraz urządzeń zawierających wodę lub inne ciecze w należytym stanie technicznym, zapewnienia w okresie występowania niskich temperatur ogrzewania Budynku, a jeżeli nie jest to możliwe – do zamknięcia zaworów i opróżnienia instalacji i urządzeń z wody lub innych cieczy;
 - 5) zamykania po godzinach pracy na wszystkie zainstalowane zabezpieczenia mechaniczne i elektroniczne drzwi zewnętrznych, okien lub innych otworów w Budynku/Lokalu;
 - 6) przechowywania Wartości pieniężnych w urządzeniach i pomieszczeniach spełniających warunki techniczne określone w Rozporządzeniu dotyczącym przechowywania Wartości pieniężnych;
 - 7) transportowania (przenoszenia lub przewożenia) Wartości pieniężnych zgodnie z Rozporządzeniem dotyczącym przechowywania Wartości pieniężnych;
 - 8) zabezpieczenia kluczy do zamków i kłódek, urządzeń do przechowywania Wartości pieniężnych, kart i kodów dostępu, pilotów do zamknięć i alarmów w sposób chroniący je przed

kradzieżą i dostępem do nich osób nieuprawnionych lub, w razie ich zagubienia, zaginięcia lub ujawnienia kodów dostępu osobom nieuprawnionym, przeprowadzenia niezwłocznej (nie później niż w ciągu 24 godzin od powzięcia o tym wiadomości) wymiany zamków, kart dostępu, przekodowania alarmu, przeprogramowania systemu lub zmiany kodów dostępu;

- 9) zapewnienia dodatkowych środków bezpieczeństwa, jeżeli w Umowie ubezpieczenia określono takie środki oraz do usunięcia szczególnych zagrożeń Ubezpieczonego mienia, których usunięcia Allianz domagał się na piśmie;
 - 10) realizacji wydanych przez Allianz zaleceń pokontrolnych dotyczących poprawy bezpieczeństwa, o ile wcześniej zaakceptował je na piśmie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej;
 - 11) prowadzenia listy ewidencyjnej Ubezpieczonego mienia, dokumentacji produkcyjnej i księgowej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz ich przechowywania w miejscu zapewniającym ochronę przed zniszczeniem na wypadek Szkody.
2. W razie stwierdzenia nieprawdopodobieństwa, Ubezpieczony będący najemcą Budynku lub Lokalu zobowiązany jest powiadomić na piśmie właściciela (wynajmującego) lub administratora o potrzebie wykonania czynności określonych w ust. 1 pkt. 1–4 powyżej.
 3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek także Ubezpieczony (chyba że nie wie o zawarciu Umowy ubezpieczenia na jego rachunek), są zobowiązani:
 - 1) użyć dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia Szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów;
 - 2) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni od daty zaistnienia Szkody lub daty uzyskania informacji o Szkodzie, powiadomić Allianz o powstałej Szkodzie;
 - 3) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 48 godzin od momentu zaistnienia Szkody lub uzyskania informacji o Szkodzie, zawiadomić policję, jeżeli zachodzi podejrzenie, że Szkoda powstała wskutek przestępstwa;
 - 4) udostępnić na żądanie Allianz lub osób działających na zlecenie Allianz uszkodzone Ubezpieczone mienie do oględzin w sposób umożliwiający swobodny dostęp do niego, dokonanie oględzin i zdjęć;
 - 5) nie dokonywać w uszkodzonym Ubezpieczonym mieniu żadnych zmian, o ile nie jest to uzasadnione koniecznością minimalizacji lub uniknięcia zakłócenia w działalności przedsiębiorstwa, ochrony ludzi lub mienia, nie podejmować sprzątkowania po Szkodzie i odtwarzania mienia bez wcześniejszego uzgodnienia z Allianz, chyba że Allianz nie zajął stanowiska w ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia o Szkodzie (lub w ciągu 14 dni, jeżeli Allianz w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Szkodzie powiadomił, że konieczne jest powołanie rzeczoznawców);
 - 6) na żądanie Allianz lub osób działających na zlecenie Allianz dostarczyć dokumentację niezbędną do ustalenia okoliczności powstania Szkody i jej rozmiaru, a także udzielić wyjaśnień i pomocy w tym zakresie; Allianz może wymagać wykazu całości Ubezpieczonego mienia znajdującego się w Miejscu ubezpieczenia w dniu wystąpienia Szkody wraz z sumą ubezpieczenia według wartości przyjętej do ubezpieczenia;
 - 7) do zabezpieczenia możliwości i udzielenia Allianz lub osobom działającym na zlecenie Allianz pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych wobec osób odpowiedzialnych za Szkodę.
 4. W razie niezastosowania z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 3 pkt 1 powyżej, Allianz jest wolny od odpowiedzialności za Szkodę powstałą z tego powodu.
 5. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 3 pkt 2 powyżej, Allianz może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia Szkody lub uniemożliwiło Allianz ustalenie okoliczności i skutków Zdarzenia ubezpieczeniowego. Opisane w zdaniu poprzednim skutki braku zawiadomienia Allianz o Zdarzeniu ubezpieczeniowym nie następują, jeżeli Allianz w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
 6. Jeżeli Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek także Ubezpieczony (o ile wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek), z winy umyślnej lub wskutek rażącego niedbalstwa nie wypełnił któregośkolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 1, ust. 2 lub ust. 3 pkt. 3-7 powyżej i o ile niewypetnienie tego obowiązku było przyczyną powstania Szkody lub zwiększenia jej rozmiaru, wówczas Allianz jest uprawniony do zmniejszenia odszkodowania w stopniu nie większym niż stopień, w jakim niewypetnienie tego obowiązku przyczyniło się do powstania Szkody lub zwiększenia jej

rozmiaru, a w sytuacji, gdyby spełnienie danego zalecenia pozwoliło uniknąć powstania Szkody, do odmowy wypłaty odszkodowania, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

7. Jeżeli w wyniku Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony utracił Dane elektroniczne i cyfrowe i chce je odzyskać, powinien skontaktować się z całodobowym centrum alarmowym Allianz. Ubezpieczony powinien przestać Allianz Sprzęt elektroniczny (komputer stacjonarny, laptop, tablet), który uległ awarii lub tylko jego dysk, który jest nośnikiem danych. W szczególnych przypadkach, kiedy będzie konieczność otwarcia dysku, Allianz będzie potrzebować zgody Ubezpieczonego na jego otwarcie.

§ 13 MINIMALNE WYMOGI DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA MIENIA

1. Konstrukcja ubezpieczonych Budynków i Lokali, w których znajduje się Ubezpieczone mienie powinna spełniać następujące wymogi:
 - 1) ubezpieczony Budynek lub Lokal oraz jego elementy konstrukcyjne, takie jak: sufity, ściany, podłogi, dachy, muszą być utrzymywane w należytych stanie technicznym, o konstrukcji, której zniszczenie lub pokonanie nie jest możliwe bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów użycia siły lub narzędzi;
 - 2) wszystkie otwory w ścianach, sufitach, podłogach i dachach muszą być zabezpieczone w sposób uniemożliwiający dostęp do ubezpieczonego Budynku lub Lokalu bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów użycia siły lub narzędzi;
 - 3) jeżeli Budynek lub Lokal, w którym znajduje się Ubezpieczone mienie, jest połączony z innym Budynkiem lub Lokalem, użytkowanym przez Osobę trzecią, drzwiami, oknem lub innym otworem, to otwory te muszą być zabezpieczone zgodnie z wymogami stawianymi przez Allianz dla drzwi, okien i otworów zewnętrznych, zgodnie z ust. 2 i ust. 3 poniżej;
 - 4) Budynki lub Lokale wykonane w całości lub w części z siatki drucianej lub innych konstrukcji ażurowych, a także z brezentu, plandeki lub powłok z tworzyw sztucznych (budowle pneumatyczne, namioty, tunele foliowe), nie są należycie zabezpieczone.
2. Konstrukcja i zabezpieczenie drzwi powinny spełniać wymogi, które wymieniamy poniżej.
 - 1) Wszystkie drzwi zewnętrzne do ubezpieczonego Budynku lub Lokalu muszą być utrzymane w takim stanie technicznym oraz tak skonstruowane, osadzone w elementach konstrukcyjnych Budynku i zamknięte, że ich wyłamanie, wyważenie lub otwarcie nie może być możliwe bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów ich użycia albo bez użycia podrobionych lub dopasowanych kluczy.
 - 2) Jeżeli w ubezpieczonym Budynku lub Lokalu drzwi są wyposażone w sztaby, skobele lub zawiasy zewnętrzne, to muszą one być wmurowane w ścianę lub przytwierdzone zaklinowanymi śrubami lub zamocowanymi w inny sposób od wewnątrz, a ich wyłamanie lub wyważenie nie może być możliwe bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów ich użycia.
 - 3) Jeżeli zewnętrzne drzwi ubezpieczonego Budynku lub Lokalu posiadają dwa skrzydła, to jedno z nich musi być unieruchomione przy pomocy zasuw blokujących skrzydło od góry i od dołu. Zasuwę muszą znajdować się od wewnątrz ubezpieczonego Budynku lub Lokalu.
 - 4) Drzwi zewnętrzne do ubezpieczonego Budynku lub Lokalu muszą być antywłamaniowe lub zamknięte na:
 - a) dwa zamki wielozastawkowe lub dwie kłódki wielozastawkowe umieszczone na oddzielnych skoblach, lub
 - b) jeden atestowany zamek (zamek oraz wkładka), lub
 - c) pojedynczy zamek wielozastawkowy lub kłódkę wielozastawkową, lub jeden zamek zabezpieczony złożonym kodem dostępu (karta magnetyczna, kod cyfrowy, czytnik biologiczny), jeśli ustanowiono Stały dozór lub zainstalowano System alarmowy.
 - 5) Jeżeli drzwi zewnętrzne ubezpieczonego Budynku lub Lokalu są oszkłone, lub częściowo przeszkłone a wielkość oszkleń umożliwia wejście sprawcy do wnętrza ubezpieczonego Budynku lub Lokalu w przypadku stłuczenia szyby, to drzwi uznaje się za odpowiednio zabezpieczone, jeśli oszkleń jest zabezpieczone kratą, roletą antywłamaniową lub szybami o podwyższonej odporności na włamanie (co najmniej klasy P2). Wymagania te nie są obowiązkowe, jeżeli istnieje Stały dozór lub jeśli Budynek lub Lokal zaopatrzony jest w System alarmowy.
3. Konstrukcja i zabezpieczenie okien powinny spełniać wymogi, które wymieniamy poniżej.
 - 1) Wszystkie zewnętrzne oszkłone otwory w ubezpieczonym Budynku lub Lokalu muszą być utrzymane w takim stanie technicznym oraz tak skonstruowane, osadzone w elementach konstrukcyjnych Budynku i zamknięte, że ich wyłamanie, wyważenie lub otwarcie nie może być możliwe bez użycia siły lub narzędzi i pozostawienia śladów ich użycia albo bez użycia podrobionych lub dopasowanych kluczy.
 - 2) Jeżeli Budynek lub Lokal, w którym znajduje się Ubezpieczone mienie, jest połączony z innym Budynkiem lub Lokalem, użytkowanym przez Osobę trzecią, drzwiami, oknem lub innym otworem, to otwory te muszą być zabezpieczone zgodnie z wymogami stawianymi przez Allianz dla drzwi, okien i otworów zewnętrznych, zgodnie z ust. 2 i ust. 3 poniżej;
 - 3) Budynki lub Lokale wykonane w całości lub w części z siatki drucianej lub innych konstrukcji ażurowych, a także z brezentu, plandeki lub powłok z tworzyw sztucznych (budowle pneumatyczne, namioty, tunele foliowe), nie są należycie zabezpieczone.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu o Klauzulę nr 1 i Klauzulę nr 5, stanowiące Załącznik nr 1 do OWU, Ubezpieczone mienie, które znajduje się w trakcie transportu, Allianz obejmuje ochroną wyłączone wtedy, gdy jednocześnie są spełnione poniższe warunki.
 - 1) Pojazd, w którym znajduje się Ubezpieczone mienie, jest zamknięty na wszystkie fabryczne zamki, kluczyki do stacyjki nie znajdują się w pojeździe.
 - 2) Ubezpieczone mienie jest przechowywane w sposób uniemożliwiający jego zobaczenie z zewnątrz (dotyczy także ubezpieczonych telefonów komórkowych).
 - 3) Ubezpieczone mienie jest zamknięte w części pojazdu wyposażonej w twarde dach lub w bagażniku.
 - 4) Pojazd, w którym jest przechowywane Ubezpieczone mienie, posiada zabezpieczenia antywłamaniowe, które były włączone (m.in.: sprawny alarm antywłamaniowy, blokada kierownicy, blokada skrzyni biegów, immobilizer lub inne urządzenie uniemożliwiające uruchomienie pojazdu).
 - 5) W godzinach 22.00 – 6.00 zamknięty pojazd z włączonymi zabezpieczeniami opisanymi powyżej został pozostawiony na czas postoju w miejscu strzeżonym, tj.:
 - a) na terenie ogrodzonym, zamkniętym, oświetlonym po zmroku lub
 - b) pod statym dozorem, lub
 - c) w Budynku lub Lokalu spełniającym zabezpieczenia mienia od kradzieży według § 13 ust. 1-3. Przy czym za wystarczające zabezpieczenie drzwi garażu uznaje się również automatyczną bramę garażową.
5. Ubezpieczone Lokale znajdujące się w Budynkach biurowych, centrach handlowych lub handlowo-rozrywkowych (w których znajduje się Ubezpieczone mienie), w których wykonywany jest Stały dozór, Allianz uznaje za wystarczająco zabezpieczone, jeżeli drzwi, w tym drzwi rolowane, są zamknięte na co najmniej jeden zamek wielozastawkowy lub co najmniej jeden zamek zabezpieczony złożonym kodem dostępu (karta magnetyczna, kod cyfrowy, czytnik biologiczny).
6. W przypadku ubezpieczenia stoiska handlowego (tzw. wyspy handlowej) w centrum handlowym odpowiedzialność Allianz istnieje w zakresie Kradzieży z włamaniem, w przypadku pokonania przez sprawcę, z pozostawieniem śladów włamania, zewnętrznych zabezpieczeń centrum handlowego.
7. W odniesieniu do Ubezpieczonego mienia składowanego poza Budynkiem lub Lokalem (tj. na wolnym powietrzu) plac, na którym znajduje się Ubezpieczone mienie, musi być ogrodzony, oświetlony po zmroku, lub być objęty całodobowym Statym dozorem, lub Systemem alarmowym.
8. Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową Szkody powstałe wskutek zaboru elementów zewnętrznych: siłowników bram, zewnętrznych elementów telewizji przemysłowej, anten, zewnętrznych części klimatyzatorów, neonów, szyldów reklamowych, lamp i opraw świetlnych, które ze względu na swoje przeznaczenie są zamontowane na stałe na zewnątrz ubezpieczonych Budynków, Budowli, Lokali, w sposób uniemożliwiający ich odłączenie bez ich uszkodzenia lub bez użycia narzędzi, wyłączenie gdy jest spełniony jeden z warunków, które wymieniamy poniżej.
 - 1) Teren, na którym znajdują się ubezpieczone Budynki, Budowle, Lokale spełnia minimalne wymagane zabezpieczenia, określone w ust. 7 powyżej.
 - 2) Wyżej wymienione Ubezpieczone mienie jest zamocowane na dachu Budynku, Budowli, lub na wysokości nie mniejszej niż 2,5 m od poziomu terenu – ten warunek nie dotyczy siłowników bram.

§ 14 ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ODSZKODOWAŃ

1. Allianz wypłaci odszkodowanie, jeżeli Szkoda w Ubezpieczonym mieniu powstała w Miejscu ubezpieczenia, w Okresie ubezpieczenia w następstwie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności.
2. Allianz wypłaci odszkodowanie z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego w kwocie odpowiadającej zweryfikowanej wartości roszczenia, nie większej jednak niż suma ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności określony we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w przyjętej przez Ubezpieczającego ofercie, a następnie potwierdzony w polisie.
3. W zależności od sposobu ustalenia i zadeklarowania wartości przedmiotu ubezpieczenia wysokość Szkody określa się na podstawie cen z dnia wystąpienia Szkody w poniżej opisany sposób.
 - 1) W przypadku statych elementów wykończeniowych – według wysokości kosztów remontu lub odbudowy w tym samym miejscu, tego samego rodzaju, konstrukcji, powierzchni i standardu, przy zastosowaniu takich samych materiałów.
 - 2) W przypadku ubezpieczenia według Wartości odtworzeniowej – nowej, dla przedmiotu ubezpieczenia, którego stopień Zużycia technicznego nie przekracza 50% – bez potrącania stopnia Zużycia technicznego.
 - 3) W przypadku ubezpieczenia według Wartości odtworzeniowej – nowej, dla przedmiotu ubezpieczenia, którego stopień Zużycia technicznego przekracza 50% – z potrąceniem stopnia Zużycia technicznego.
 - 4) W przypadku ubezpieczenia według Wartości rzeczywistej – z potrąceniem stopnia Zużycia technicznego.
 - 5) W przypadku Maszyn, urządzeń, wyposażenia – według kosztów naprawy, nabycia lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości, z uwzględnieniem zasad opisanych w pkt. 2-4 powyżej.
 - 6) W przypadku Wartości pieniężnych:
 - a) papiery wartościowe – według ceny sprzedaży, w przypadku papierów wartościowych będących przedmiotem obrotu giełdowego, według ich ceny giełdowej, pomniejszonej o prowizję maklerską;
 - b) pozostałe Wartości pieniężne – według wartości nominalnej, przy czym zagraniczne znaki pieniężne przelicza się na złote według średniego kursu NBP z dnia wystąpienia Szkody.
 - 7) W przypadku Środków obrotowych – według ceny ich zakupu (jeżeli Ubezpieczony sam nie wytwarza lub nie produkuje takiego mienia) lub kosztów wytworzenia (jeżeli Ubezpieczony sam wytwarza lub produkuje takie mienie), lub kosztów naprawy, lub czyszczenia.
 - 8) W przypadku Mienia osób trzecich – według kosztów naprawy z potrąceniem Zużycia technicznego, a w przypadku utraty lub zniszczenia według Wartości rzeczywistej, nie wyższej niż określona w dowodzie przyjęcia (bez marży i prowizji Ubezpieczonego); jeżeli przedmiotem ubezpieczenia jest fabrycznie nowe Mienie osób trzecich przyjęte w celu dalszej sprzedaży, wówczas mają zastosowanie zasady wskazane w pkt. 7 powyżej.
 - 9) W przypadku Nakładów inwestycyjnych – według kosztów naprawy, odbudowy lub remontu, również w sytuacji, gdy Nakłady inwestycyjne należące do właściciela Budynku, Lokalu, były poniesione przez użytkownika Budynku, Lokalu, który jest zobowiązany do ich naprawienia.
 - 10) W przypadku Mienia pracowniczego – według kosztów naprawy z potrąceniem Zużycia technicznego, a w przypadku utraty lub zniszczenia według Wartości rzeczywistej.
4. Jeżeli w wyniku zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia wystąpi Szkoda częściowa, Allianz pokryje koszty poniesione na naprawę uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia, jednakże tylko do jego wartości z dnia wystąpienia Szkody – maksymalnie do wysokości sum ubezpieczenia i limitów odpowiedzialności ustalonych w umowie.
5. Jeżeli w wyniku zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia wystąpi Szkoda całkowita, Allianz wypłaci odszkodowanie stosownie do wartości przedmiotu ubezpieczenia z dnia wystąpienia Szkody – maksymalnie do wysokości sum ubezpieczenia, i limitów odpowiedzialności ustalonych w Umowie ubezpieczenia.
6. Przy ustalaniu wysokości Szkody Allianz nie uwzględni:
 - 1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej, historycznej, artystycznej, sentymentalnej lub pamiątkowej;
 - 2) wartości marży Ubezpieczonego;
 - 3) kosztów wynikających z braku części zamiennych lub materiałów potrzebnych do przywrócenia stanu istniejącego przed Szkodą;
 - 4) podatku od towarów i usług (VAT) w takiej części, w jakiej Ubezpieczony jest uprawniony do jego odliczania.
7. Allianz pomniejszy wypłacaną kwotę odszkodowania o:
 - 1) Franszyzę redukcyjną w wysokości 500 zł, o ile nie umówiono się inaczej. Potrącenia o wartość Franszyzy redukcyjnej dokonuje się każdorazowo. Franszyza redukcyjna nie dotyczy ubezpieczenia assistance.
 - 2) Franszyzę redukcyjną z tytułu Szkód w Sprzęcie elektronicznym spowodowanych: Kradzieżą z włamaniem lub Rabunkiem poza Miejscem ubezpieczenia – 15% wartości Szkody, nie mniej niż 1 000 zł;
 - 3) wartości pozostałości uszkodzonych przedmiotów ubezpieczenia;
 - 4) wymagalną składkę, która pozostała do zapłaty – o ile Ubezpieczający jest równocześnie Ubezpieczonym.
8. Wszystkie Szkody powstałe w czasie następujących po sobie 72 godzin na skutek tego samego Zdarzenia ubezpieczeniowego: Deszczu, Gradu, Silnego wiatru, Naporu śniegu lub lodu, Lawiny, Osunięcia lub zapadania się ziemi, Powodzi, Trzęsienia ziemi Allianz traktuje jako jedną Szkodę w odniesieniu do sum ubezpieczenia, limitów odpowiedzialności oraz Franszyzy redukcyjnej określonych w umowie.
9. Jeśli zdarzenie wymienione w ust. 8 powyżej rozpocznie się w Okresie ubezpieczenia i będzie oddziaływało po jego zakończeniu, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu odszkodowanie za skutki tego zdarzenia powstałe w ciągu 72 godzin od chwili zaistnienia tego zdarzenia.
10. Allianz nie pokryje Szkody wynikłej ze zdarzeń wymienionych w ust. 8-9 powyżej, które wystąpiły przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej lub po jej wygaśnięciu.
11. Allianz ma prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kosztorysów, wykazów lub rachunków, co do zasad, zakresu robót i wysokości kosztów na podstawie publikacji cenowych o zasięgu ogólnopolskim oraz do szacowania kosztów Robót budowlanych według średnich cen stosowanych w Robotach budowlanych na terenie powiatu, lub odpowiednio miasta na prawach powiatu, w obrębie którego znajduje się Miejsce ubezpieczenia.
12. Jeżeli podczas weryfikacji okaże się, że wysokość kosztów przedstawiona przez Ubezpieczonego jest wyższa niż wartość określona zgodnie z zasadami opisanymi w ust. 11 powyżej, odpowiedzialność Allianz jest ograniczona do kwoty, która wynika z kalkulacji sporządzonej zgodnie z zasadami określonymi w ust. 11.
13. Jeśli Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta w wariantcie PEŁNYM, to w ramach assistance (zakres rozszerzony) w przypadku utraty danych całodobowe centrum operacyjne Allianz przydzieli Ubezpieczonemu jeden z partnerskich warsztatów do zdiagnozowania i określenia, czy utracone dane można odzyskać.

§ 15 POSTĘPOWANIE PRZY LIKWIDACJI SZKODY

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na którą osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Odszkodowanie jest wypłacane:
 - 1) Ubezpieczonemu bądź osobie przez niego upoważnionej;
 - 2) spadkobiercom po przedłożeniu postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku, za Szkodę powstałą w mieniu wchodzącym w skład masy spadkowej, stosownie do ich zgodnego oświadczenia lub umownego podziału spadku, orzeczenia sądu;
 - 3) następcom prawnym – w razie przekształcenia osoby prawnej, po przedłożeniu dokumentów wykazujących następstwo prawne.
3. Allianz wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Szkodzie. Jeśli w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania jest niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności

było możliwe, jednakże bezsporna część odszkodowania jest wypłacana zgodnie z terminem określonym w zdaniu pierwszym.

4. Jeżeli w terminach określonych w Umowie ubezpieczenia lub w ustawie Allianz nie wypłaci odszkodowania, zawiadomi na piśmie:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie, oraz
 - 2) Ubezpieczonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaci bezsporną część świadczenia.
5. Z chwilą wypłaty odszkodowania roszczenia Ubezpieczonego względem Osób trzecich, odpowiedzialnych za spowodowanie Szkody, przechodzą na Allianz maksymalnie do kwoty wypłaconego odszkodowania.
6. Jeśli Allianz wypłacając odszkodowanie zgodnie z Umową ubezpieczenia naprawił tylko część poniesionej przez Ubezpieczonego Szkody, to Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo w zaspokojeniu pozostałej części roszczeń względem sprawcy, przed roszczeniami Allianz, o których mowa w ust. 5 powyżej.
7. Nie przechodzą na Allianz roszczenia regresowe (zwrotne) Ubezpieczonego w stosunku do osób, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym.
8. Jeśli Ubezpieczony zrzekł się roszczeń o odszkodowanie w stosunku do osoby odpowiedzialnej za Szkodę, Allianz może odmówić wypłaty odszkodowania.
9. Jeśli Ubezpieczony wyraził zgodę na ograniczenie roszczeń o odszkodowanie w stosunku do osoby odpowiedzialnej za Szkodę, Allianz może stosownie zmniejszyć wysokość odszkodowania.
10. Powyższe reguły nie dotyczą roszczeń regresowych w stosunku do właściciela ubezpieczonych: Budynku, Budowli, Lokalu, jeżeli taki obowiązek został nałożony na Ubezpieczonego jako użytkownika w umowie, na podstawie której użytkuje on Ubezpieczone mienie.
11. Zrzeczenie się regresu opisane w ust. 10 powyżej nie dotyczy sytuacji, gdy do Szkody doszło z winy umyślnej Ubezpieczonego lub właściciela Ubezpieczonego mienia.

§ 16 POSTĘPOWANIE REKLAMACYJNE

1. Reklamację na usługi Allianz, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej jednostce obsługującej klientów lub w biurze Allianz (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
 - 1) na piśmie – dostarczyć osobiście w jednostce obsługującej klientów lub w biurze Allianz (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - 2) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej jednostce obsługującej klientów Allianz lub w biurze Allianz (adres wskazany wyżej),
 - 3) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
3. Allianz rozpatrzy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowie na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, Allianz może wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Allianz poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustala, aby rozpatrzyć sprawę oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Allianz odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem Allianz odpowie na reklamację, skargę zażalenie wytycznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniom udostępnione są na stronie internetowej www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
6. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
7. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Allianz do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu Allianz ma obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (udział Allianz w tym postępowaniu wymaga zgody Allianz). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne.

Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

8. 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>.

§ 17 POSTĘPOWANIA KOŃCOWE

1. 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.
2. Prawem właściwym dla Umów ubezpieczenia zawieranych w oparciu o OWU jest prawo polskie.
3. W relacjach wynikających z tych OWU Allianz stosuje język polski.
4. Allianz jest administratorem danych osobowych, które zbiera w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie tych OWU.
5. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna nr 9/2025 i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych od dnia 15.02.2025 roku.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Allianz informuje, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych. Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach. W razie przetwarzania danych osobowych dla celów marketingowych, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody.

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze,
- analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk,
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na Administratorze,
- przeciwdziałania przestępstwu ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora,
- zawarcia umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,

- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność przetwarzania danych do wykonywania umowy,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług,
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego.

Administrator danych jest częścią grupy Allianz, która prowadzi działalność o globalnym zasięgu. Ze względu na charakter i zakres oferowanych usług, Pani/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, Administrator wdraża odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony Pani/Pana danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne zatwierdzone przez właściwy organ nadzoru. Powyższe środki służą realizacji Pani/Pana praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej. Administrator na Pani/Pana wniosek udostępni kopię tych zabezpieczeń.

Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Panią/Pana dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historię umów ubezpieczenia, z wyjątkiem danych o stanie zdrowia.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, reasekuratorom, podmiotom świadczącym usługi prawne, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio

lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. Allianz sp. z o.o. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, rzeczoznawcom, warsztatom naprawczym, podmiotom świadczącym usługi assistance, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, decyzje dotyczące Pani/Pana mogą być/będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, tj. bez wpływu człowieka. Decyzje te będą dotyczyły wysokości składki ubezpieczeniowej i oparte będą o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego dotyczącego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka, tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka.

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania,
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,
- przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przesłać innemu administratorowi danych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej.

KLAUZULE DODATKOWE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ NA WNIOSEK UBEZPIECZAJĄCEGO I ZA OPŁATĄ DODATKOWEJ SKŁADKI

KLAUZULA NR 1 – UBEZPIECZENIE MASZYN I URZĄDZEŃ PRZENOŚNYCH POZA MIEJSCEM UBEZPIECZENIA

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy ubezpieczenia i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, iż ochroną ubezpieczeniową na terenie Polski mogą zostać objęte maszyny i urządzenia przenośne ubezpieczone w Miejscu ubezpieczenia wskazanym w Umowie ubezpieczenia, które ze względu na swoje przeznaczenie są wykorzystywane przez Ubezpieczonego lub jego Pracowników poza Miejscem ubezpieczenia.
2. Maszyny i urządzenia przenośne poza Miejscem ubezpieczenia objęte są ochroną ubezpieczeniową w zakresie, w jakim zostały wcześniej ubezpieczone w Miejscu ubezpieczenia wskazanym w Umowie ubezpieczenia. Dodatkowo w ramach niniejszej klauzuli Allianz ponosi odpowiedzialność za Szkody w maszynach, urządzeniach przenośnych powstałe na skutek Wypadku środka transportu, którym jechał Ubezpieczony lub jego Pracownik.
3. W przypadku jeśli Umowa ubezpieczenia została zawarta w warunkach PEŁNYM ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej klauzuli objęte są również Szkody powstałe w wyniku:
 - 1) kradzieży będącej następstwem Wypadku środka transportu, Kradzieży z włamaniem z pojazdu po pokonaniu wszystkich zabezpieczeń pojazdu, Kradzieży wraz z pojazdem po pokonaniu wszystkich zabezpieczeń pojazdu, pod warunkiem zabezpieczenia mienia zgodnie z wymaganiami określonymi w § 13 ust. 4 OWU;
 - 2) kradzieży z włamaniem maszyn i urządzeń przenośnych z zamkniętego Budynku/Lokalu znajdującego się poza Miejscem ubezpieczenia, przy czym w odniesieniu do Kradzieży z włamaniem z pokoi hotelowych za wystarczające uznaje się zamknięcie drzwi na zamek i zamknięcie okien.
4. Oprócz wyłączeń przewidzianych postanowieniami § 8 OWU ochroną ubezpieczeniową na podstawie tej klauzuli nie obejmuje także Szkód:
 - 1) w maszynach i urządzeniach uszkodzonych, chyba że uszkodzenie powstało w wyniku zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia;
 - 2) w maszynach i urządzeniach, które przed wystąpieniem Szkody były zdekompletowane;
 - 3) w maszynach i urządzeniach użytkowanych niezgodnie z przeznaczeniem lub z instrukcją użytkowania, o ile miało to wpływ na powstanie lub wielkość Szkody;
 - 4) wynikających z faktu, że ubezpieczone maszyny i urządzenia zostały zagubione, pozostawione bez opieki Ubezpieczonego lub jego Pracownika;
 - 5) w maszynach i urządzeniach znajdujących się poza Budynkiem/Lokalem, powstałych w następstwie zmian wilgotności atmosferycznej oraz opadów Deszczu, śniegu i wahań temperatury, chyba że Szkoda powstała na skutek Wypadku środka transportu;
 - 6) w maszynach i urządzeniach rolniczych.
5. Odpowiedzialność Allianz z tytułu Szkód objętych ochroną w ramach niniejszej klauzuli ograniczona jest do limitu określonego w Umowie ubezpieczenia i potwierdzonego w polisie. Limit określony jest na jedno i wszystkie zdarzenia w Okresie ubezpieczenia. Limit ten ulega obniżeniu o kwoty wypłaconych odszkodowań w ramach niniejszej klauzuli.
6. Franszyza redukcyjna wynosi 500 zł dla każdej Szkody spowodowanej kradzieżą będącą następstwem Wypadku środka transportu, Kradzieżą z włamaniem z pojazdu po pokonaniu wszystkich zabezpieczeń pojazdu, Kradzieżą wraz z pojazdem po pokonaniu wszystkich zabezpieczeń pojazdu, o ile nie umówiono się inaczej.

KLAUZULA NR 2 – UBEZPIECZENIE MASZYN OD AWARII ELEKTRYCZNEJ I MECHANICZNEJ

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy ubezpieczenia i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, iż ochroną ubezpieczeniową obejmuje się maszyny i urządzenia od Szkód będących bezpośrednim następstwem Awarii elektrycznej i Awarii mechanicznej.
2. Przez użyte w treści klauzuli definicje należy rozumieć (pozostałe definicje zostały opisane w § 2 OWU):
 - 1) Awaria elektryczna – stan niesprawności Ubezpieczonego mienia, powodujący konieczność wykonania jego naprawy lub wymiany, powstały bezpośrednio wskutek zwarcia, zaniku napięcia, niezadziałania, nieprawidłowego zadziałania zabezpieczeń elektrycznych;
 - 2) Awaria mechaniczna – stan niesprawności Ubezpieczonego mienia, powodujący konieczność wykonania jego naprawy lub wymiany, powstały bezpośrednio wskutek błędu w obsłudze przez Pracownika Ubezpieczonego, prowadzącego działalność gospodarczą, dostania się ciała obcego do wnętrza maszyny, urządzenia, Urządzenia budowlanego, rozerwania na skutek działania siły odśrodkowej, błędów konstrukcyjnych, projektowych, montażowych, wadliwego wykonania, wad materiałowych, niedoboru chłodziw, smarów, olejów, niedoboru wody w kotłach lub zbiornikach pod ciśnieniem, niebędący Awarią elektryczną.
3. Klauzula obejmuje ochroną maszyny i urządzenia, które zostały zainstalowane w Miejscu ubezpieczenia i są nie starsze niż 15 lat, licząc od roku produkcji do dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, oraz których testy rozruchowe wymagane wytycznymi producenta zostały zakończone z wynikiem pozytywnym.
4. Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową maszyny i urządzenia podczas pracy, w stanie spoczynku, a także w czasie konserwacji, remontu okresowego (z wyłączeniem modernizacji) lub w okresie testów z nimi związanych, o ile czynności te odbywają się w Miejscu ubezpieczenia. Jeżeli konserwacja czy remont okresowy powoduje konieczność demontażu, ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana i trwa nieprzerwanie w trakcie wymienionych wyżej czynności, z uwzględnieniem przemieszczania na terenie zakładu oraz podczas następującego niezwłocznie po nich ponownego montażu.
5. Oprócz wyłączeń przewidzianych postanowieniami § 8 OWU ochroną ubezpieczeniową nie obejmuje także Szkód:
 - 1) w częściach i materiałach eksploatacyjnych, z wyłączeniem oleju w transformatorach i wyłącznikach pełniących rolę izolacyjną;
 - 2) za które odpowiedzialny jest dostawca, producent Ubezpieczonego mienia lub wykonawca usługi na tym mieniu;
 - 3) w Sprzęcie elektronicznym – wyłączenie to nie dotyczy elektrycznych części maszyn, urządzeń stanowiących ich integralną część;
 - 4) powstałych wskutek:
 - a) stopniowego pogarszania się stanu Ubezpieczonego mienia w związku z normalnym zużyciem, ciągłą eksploatacją, starzeniem się, korozją, kawitacją, naturą przedmiotu ubezpieczenia, stopniowo postępującym pogarszaniem właściwości, odkształcaniem lub deformacją (w szczególności wskutek kawitacji, erozji, korozji, rozszerzenia się kamienia kotłowego),
 - b) doświadczeń lub eksperymentów przeprowadzonych w nadzwyczajnych dla danej maszyny, urządzenia warunkach,
 - c) wad lub uszkodzeń istniejących przy zawarciu Umowy ubezpieczenia, o których Ubezpieczający wiedział lub przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć.
- 5) objętych gwarancją lub rękojmią.

6. Odpowiedzialność Allianz z tytułu Szkód objętych ochroną w ramach niniejszej klauzuli ograniczona jest do limitu określonego w Umowie ubezpieczenia i potwierdzonego w polisie. Limit określony jest na jedno i wszystkie zdarzenia w Okresie ubezpieczenia. Limit ten ulega obniżeniu o kwoty wypłaconych odszkodowań w ramach niniejszej klauzuli.
7. Franszyza redukcyjna w każdej Szkodzie wynosi 5% wartości odszkodowania, nie mniej niż 1 000 zł, o ile nie umówiono się inaczej.

KLAUZULA NR 3 – ROZMROŻENIE LUB ZEPSUCIE ŚRODKÓW OBROTOWYCH I MIENIA OSÓB TRZECICH

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy ubezpieczenia i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową Szkody w Środkach obrotowych lub Mieniu osób trzecich spowodowane ich rozmrożeniem lub zepsuciem.
2. Za rozmrożenie lub zepsucie ubezpieczonych Środków obrotowych i Mienia osób trzecich uznaje się utratę przydatności do ich użycia w wyniku podwyższenia temperatury w Urządzeniu chłodniczym w bezpośrednim następstwie:
 - 1) awarii Urządzenia chłodniczego, w którym przechowywane są ubezpieczone Środki obrotowe lub Mienie osób trzecich;
 - 2) przerwy w dostawie prądu elektrycznego trwającej co najmniej 2 godziny.
3. Warunkiem odpowiedzialności Allianz w przypadku przerwy w dostawie prądu jest potwierdzenie tego faktu przez dostawcę energii elektrycznej (zakład energetyczny), a w przypadku awarii Urządzenia chłodniczego – przedstawienie rachunku za naprawę lub wymianę urządzenia albo potwierdzenia naprawy dokonanej w ramach gwarancji.
4. Oprócz wyłączeń przewidzianych postanowieniami § 8 OWU ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje także rozmrożenia lub zepsucia Ubezpieczonego mienia wskutek:
 - 1) niewłaściwego przechowywania lub uszkodzenia opakowania;
 - 2) planowanych przerw w dostawie prądu oraz przerw w dostawie prądu spowodowanych niewywiązaniem się z płatności wobec dostawcy prądu.
5. Odpowiedzialność Allianz z tytułu Szkód objętych ochroną w ramach niniejszej klauzuli ograniczona jest do limitu określonego w Umowie ubezpieczenia i potwierdzonego w polisie. Limit określony jest na jedno i wszystkie zdarzenia w Okresie ubezpieczenia. Limit ten ulega obniżeniu o kwoty wypłaconych odszkodowań w ramach niniejszej klauzuli.
6. Franszyza redukcyjna dla każdej Szkody wynosi 500 zł, o ile nie umówiono się inaczej.

KLAUZULA NR 4 – UTRATA CZYNYSZU BUDYNKU/LOKALU

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy ubezpieczenia i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że ochrona ubezpieczeniowa obejmuje koszty powstałe z tytułu utraty czynszu z tytułu wynajmu Budynku/Lokalu lub jego części, gdy na skutek zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia Budynek lub Lokal, lub jego część zostały zniszczone lub uszkodzone i znajdują się w stanie wykluczającym prowadzenie w nim dotychczasowej działalności gospodarczej lub zamieszkiwanie.
2. Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową utracony czynsz wyłączone pod warunkiem, że:
 - 1) jego utrata powstała w następstwie Szkody w ubezpieczonym Budynku lub Lokalu, w zakresie objętym Umową ubezpieczenia w ramach wybranego wariantu (PODSTAWOWEGO, ROZSZERZONEGO lub PEŁNEGO), za którą Allianz ponosi odpowiedzialność;
 - 2) najemca jest zwolniony z jego zapłaty (lub części) zgodnie z umową z Ubezpieczającym lub powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
 - 3) Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową utracony czynsz przez okres równy technologicznemu czasowi naprawy lub odbudowy uszkodzonego lub zniszczonego Budynku/Lokalu, nie dłuższy jednak niż 3 miesiące od zajścia zdarzenia, które spowodowało utratę czynszu i nie dłuższy niż do dnia, w którym Budynek lub Lokal znowu nadają się do użytkowania.
3. Oprócz wyłączeń przewidzianych postanowieniami § 8 OWU ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje także utraty czynszu Budynku/Lokalu:
 - 1) jeśli Szkoda w Budynku lub Lokalu nastąpiła w okresie wypowiedzenia umowy najmu lub dzierżawy;
 - 2) powstałych lub zwiększonych wskutek:

- a) decyzji Ubezpieczonego o nienaprawianiu Szkody lub zmianie rodzaju działalności lub Miejsca ubezpieczenia,
 - b) innowacji i ulepszeń wprowadzanych w trakcie odbudowy zniszczonego mienia,
 - c) decyzji właściwych organów administracji, które uniemożliwiają lub opóźniają odtworzenie zniszczonego mienia.
4. Wysokość odszkodowania z tytułu utraty czynszu z tytułu wynajmu Budynku/Lokalu lub jego części jest obliczana według wysokości miesięcznego czynszu ustalonego w umowie najmu przemnożonego przez czas trwania okresu odszkodowawczego, nie dłużej niż za 3 miesiące.
 5. Odpowiedzialność Allianz z tytułu Szkód objętych ochroną w ramach niniejszej klauzuli ograniczona jest do limitu określonego w Umowie ubezpieczenia i potwierdzonego w polisie. Limit określony jest na jedno i wszystkie zdarzenia w Okresie ubezpieczenia. Limit ten ulega obniżeniu o kwoty wypłaconych odszkodowań w ramach niniejszej klauzuli
 6. Franszyza redukcyjna dla każdej Szkody wynosi 500 zł, o ile nie umówiono się inaczej.

KLAUZULA NR 5 – UBEZPIECZENIE MIENIA PODCZAS TRANSPORTU

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy ubezpieczenia i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że ochrona ubezpieczeniowa obejmuje Mienie podczas transportu przewożone Transportem własnym drogowym na ryzyko Ubezpieczonego w Polsce.
2. Allianz ponosi odpowiedzialność za Szkody powstałe w wyniku zdarzeń objętych wariantem ubezpieczenia wybranym przez Ubezpieczającego i potwierdzonym w polisie.
3. Przez użyte w treści klauzuli definicje należy rozumieć (pozostałe definicje zostały opisane w § 2 OWU):
 - 1) Mienie podczas transportu – majątek będący własnością Ubezpieczonego lub posiadany przez Ubezpieczonego na podstawie innego tytułu prawnego, w tym mienie przewożone na zabezpieczenie, który jest używany i ewidencjonowany w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, a także Mienie osób trzecich;
 - 2) Transport własny – przewóz Ubezpieczonego mienia za pomocą:
 - a) środków transportu należących do Ubezpieczonego;
 - b) środków transportu użytkowanych przez Ubezpieczonego na podstawie umowy cywilnoprawnej, w tym umowy najmu oraz leasingu;
 - c) środków transportu należących do Pracowników Ubezpieczonego, używanych na podstawie umowy dotyczącej wykorzystywania samochodów prywatnych do celów służbowych.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem załadunku na środek transportu, a kończy w chwili zakończenia wyładunku środka transportu w miejscu przeznaczenia, lub wydania ładunku odbiorcy.
5. Mienie podczas transportu objęte jest ochroną ubezpieczeniową w zakresie, w jakim zostało wcześniej ubezpieczone w Miejscu ubezpieczenia wskazanym w Umowie ubezpieczenia. Dodatkowo w ramach niniejszej klauzuli Allianz ponosi odpowiedzialność za Szkody w Mieniu podczas transportu powstałe na skutek Wypadku środka transportu, którym jechał Ubezpieczony lub jego Pracownik wraz z Ubezpieczonym mieniem.
6. W przypadku jeśli zakres Umowy ubezpieczenia został zawarty w wariantcie PEŁNYM zakres ubezpieczenia niniejszej klauzuli obejmuje również Szkody powstałe w wyniku: kradzieży będącej następstwem Wypadku środka transportu, Kradzieży z włamaniem z pojazdu po pokonaniu wszystkich zabezpieczeń pojazdu, Kradzieży wraz z pojazdem po pokonaniu wszystkich zabezpieczeń pojazdu. Warunkiem odpowiedzialności Allianz jest zabezpieczenie mienia zgodnie z wymaganiami określonymi w § 13 ust. 4 OWU.
7. Oprócz wyłączeń przewidzianych postanowieniami § 8 OWU ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje także Szkód powstałych w:
 - 1) Wartościach pieniężnych, aktach, dokumentach, rękopisach, planach, prototypach, projektach, antykach, pomnikach, dziełach sztuki, kolekcjach lub zbiorach muzealnych;
 - 2) przesyłkach pocztowych i kurierskich;
 - 3) rzeczach i osobach przewożonych w ramach umowy przewozu, umowy spedycji;
 - 4) towarach niebezpiecznych w rozumieniu Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r.;
 - 5) rzeczach przewożonych jako bagaż podręczny;

- 6) mieniu, którego nabycie jest potwierdzone dowodem uznanym przez uprawnione organy państwowe za fałszywy lub w majątku wyprodukowanym lub wprowadzonym do obrotu bez wymaganych prawem zezwoleń lub koncesji, albo którego wytworzenie lub wprowadzenie do obrotu stanowi czyn zabroniony;
- 7) rzeczach przewożonych w ramach tzw. handlu obwoźnego (PKD 47.99.Z), rozumianego jako dokonanie sprzedaży bezpośrednio ze środka transportu;
- 8) mieniu uszkodzonym, przeznaczonym do utylizacji lub złomowania, a także mieniu, którego termin ważności upłynął lub mieniu wycofanym z obrotu przed wystąpieniem Szkody;
- 9) żywych zwierzętach;
- 10) zwłokach ludzkich.
8. Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje Szkód powstałych wskutek:
 - 1) transportu w obrębie tej samej nieruchomości;
 - 2) naturalnych ubytków wagi, miary i objętości, mieszczących się w granicach obowiązujących norm;
 - 3) nieprawidłowego rozmieszczenia lub zamocowania rzeczy w środku transportu oraz przekroczenia norm wagowych ładunku środka transportu, jeżeli czynności te były wykonywane przez Ubezpieczonego lub jego Pracownika;
 - 4) zastosowania opakowania niezapewniającego bezpieczeństwa mienia lub jego braku, jeżeli było to przyczyną wystąpienia Szkody lub powiększenia jej rozmiaru, a winę za powyższe nieprawidłowości ponosi Ubezpieczony albo jego Pracownik;
 - 5) kierowania pojazdem przeznaczonym do przewozu Mienia podczas transportu, który nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli stan techniczny pojazdu spowodował Szkodę lub zwiększył jej rozmiar;
 - 6) kierowania pojazdem przeznaczonym do przewozu Mienia podczas transportu przez Ubezpieczonego lub jego Pracownika w Stanie pod wpływem alkoholu lub w Stanie pod wpływem środków narkotycznych, jeżeli pozostawanie w tym stanie spowodowało Szkodę lub zwiększyło jej rozmiar;
 - 7) zmian wilgotności atmosferycznej oraz opadów Deszczu, śniegu i wahań temperatury, chyba że Szkoda powstała na skutek Wypadku środka transportu;
 - 8) niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przewozu lub spedycji.
9. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za Szkody powstałe wskutek Kradzieży z włamaniem z pojazdu lub wskutek kradzieży mienia wraz z pojazdem, gdy środek transportu zabezpieczony został niezgodnie z postanowieniami dotyczącymi minimalnych wymogów zabezpieczenia, określonymi w § 13 ust. 4 OWU, chyba że nie miało to wpływu na powstanie Szkody.
10. Odpowiedzialność Allianz z tytułu Szkód objętych ochroną w ramach niniejszej klauzuli ograniczona jest do sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia i potwierdzonej w polisie. Suma ubezpieczenia określona jest na jedno i wszystkie zdarzenia w Okresie ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia ulega obniżeniu o kwoty wypłaconych odszkodowań w ramach niniejszej klauzuli.
11. Suma ubezpieczenia ustalana jest na podstawie wartości przewożonego mienia w miejscu i w czasie załadunku, odpowiadającej:
 - 1) dla mienia fabrycznie nowego – określonej w fakturze, wewnętrznym dokumencie wydania lub innym dokumencie dostawy cenie zakupu mienia nabytego lub Wartości wytworzenia mienia sprzedanego przez Ubezpieczonego, w zależności od tego, czy Ubezpieczone mienie przewożone jest na ryzyko kupującego, czy sprzedającego;
 - 2) dla mienia używanego – Wartości rzeczywistej.
12. Wysokość Szkody określa się na podstawie cen z dnia wystąpienia Szkody stanowiącej koszt naprawy, nabycia lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości:
 - 1) dla mienia fabrycznie nowego – bez potrącenia stopnia Zużycia technicznego;
 - 2) dla mienia używanego – z potrąceniem stopnia Zużycia technicznego.
13. Franszyza redukcyjna wynosi 500 zł dla każdej Szkody spowodowanej kradzieżą będącą następstwem Wypadku środka transportu, Kradzieżą z włamaniem z pojazdu po pokonaniu wszystkich zabezpieczeń pojazdu, Kradzieżą wraz z pojazdem po pokonaniu wszystkich zabezpieczeń pojazdu, o ile nie umówiono się inaczej.
 - 1) nie starszym niż 7 lat (daty liczone od roku produkcji);
 - 2) stacjonarnym, który został zainstalowany na stanowisku pracy w Miejscu ubezpieczenia, zgodnie ze wskazaniami producenta;
 - 3) gotowym do użytku zgodnie z jego przeznaczeniem;
 - 4) dla którego testy próbne zostały zakończone z wynikiem pozytywnym, chyba że przeprowadzenie tych testów nie było wymagane przez producenta.
2. Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową Szkody, które powstały wskutek:
 - 1) błędów w obsłudze, będących wynikiem m.in. nieostrożności, zaniedbania, niewłaściwego użytkowania, braku odpowiednich kwalifikacji, błędu operatora;
 - 2) błędów popełnionych w trakcie konstrukcji;
 - 3) błędów powstałych wskutek wad materiałowych;
 - 4) błędów popełnionych w trakcie produkcji.
3. W ramach niniejszej klauzuli Allianz ponosi odpowiedzialność za Szkody w Sprzęcie elektronicznym powstałe na skutek Wypadku środka transportu, którym jechał Ubezpieczony lub jego Pracownik.
4. W przypadku, jeśli Umowa ubezpieczenia została zawarta w wariancie PEŁNYM ochroną ubezpieczeniową objęte są również Szkody powstałe wskutek Kradzieży z włamaniem z pojazdu i Kradzieży wraz z pojazdem, pod warunkiem, że ubezpieczony Sprzęt elektroniczny przenośny znajduje się w środku transportu użytkowanym zgodnie z przeznaczeniem i zabezpieczonym zgodnie z wymogami opisanymi w § 13 ust. 4 OWU.
5. Oprócz wyłączeń przewidzianych postanowieniami § 8 OWU ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje także Szkód:
 - 1) w częściach i materiałach eksploatacyjnych, które z uwagi na ich charakter pracy podlegają wymianie w ramach konserwacji zgodnie z dokumentacją techniczno-ruchową lub zaleceniami producenta;
 - 2) które powstały w następstwie normalnego zużycia lub starzenia się Ubezpieczonego mienia;
 - 3) spowodowanych użytkowaniem Ubezpieczonego mienia niezgodnie z jego przeznaczeniem;
 - 4) spowodowanych wadami lub usterkami ujawnionymi przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, znanymi Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu;
 - 5) powstałych w czasie naprawy oraz prób, z wyjątkiem prób dokonywanych w związku z badaniami eksploatacyjnymi.
6. Odpowiedzialność Allianz z tytułu Szkód objętych ochroną w ramach niniejszej klauzuli ograniczona jest do limitu określonego w Umowie ubezpieczenia i potwierdzonego w polisie. Limit określony jest na jedno i wszystkie zdarzenia w Okresie ubezpieczenia. Limit ten ulega obniżeniu o kwoty wypłaconych odszkodowań w ramach niniejszej klauzuli.
7. Franszyza redukcyjna z tytułu Szkód w Sprzęcie elektronicznym spowodowanych: upadkiem, zalaniem innym niż opisane § 2 ust. 76 OWU wynosi 15% wartości Szkody, nie mniej niż 1 000 zł, o ile nie umówiono się inaczej.

KLAUZULA NR 7 – UTRATA ZYSKU

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy ubezpieczenia i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że ochrona ubezpieczeniowa obejmuje straty w postaci:
 - a) zwiększonych kosztów działalności,
 - b) utraconego Zysku,
 które Ubezpieczony poniósł w czasie przerwy lub zaktócenia działalności w Miejscu ubezpieczenia wskazanym w Umowie ubezpieczenia, w Okresie odszkodowawczym, w wyniku wystąpienia Szkody w mieniu spowodowanej ubezpieczonym zdarzeniem objętym ochroną w ramach wybranego wariantu, za którą Allianz ponosi odpowiedzialność na podstawie Umowy ubezpieczenia.
2. Przez użyte w treści klauzuli definicje należy rozumieć (pozostałe definicje zostały opisane w § 2 OWU):
 - 1) Obrót – przychód netto ze sprzedaży produktów (wyrobów gotowych i usług), towarów i materiałów, z uwzględnieniem opustów, rabatów i innych zwiększeń lub zmniejszeń, bez podatku od towarów i usług oraz przychód z dotacji przedmiotowych związanych z tą sprzedażą;
 - 2) Obrót standardowy – Obrót uzyskany przez Ubezpieczonego w Okresie porównawczym, skorygowany w taki sposób, aby uwzględnił niezwiązane ze Szkodą zmiany w otoczeniu rynkowym lub działalności Ubezpieczonego, takie jak sezonowość, trendy rynkowe, tendencje rozwojowe, inflację, rozwój produktów oraz inne okoliczności i uwarunkowania mające wpływ na przebieg działalności gospodarczej Ubezpieczonego, w celu uzyskania możliwie dokładnego szacunku Obrotu, który

KLAUZULA NR 6 – UBEZPIECZENIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy ubezpieczenia i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową Szkody w Sprzęcie elektronicznym:

- Ubezpieczony osiągnąłby w Okresie odszkodowawczym, gdyby Szkoda nie wystąpiła;
- 3) Okres odszkodowawczy – okres, w którym występują zakłócenia lub trwa przerwa w działalności gospodarczej Ubezpieczonego na skutek Szkody, rozpoczynający się w momencie wystąpienia Szkody i trwający tak długo, aż Szkoda przestanie wywierać ujemny wpływ na wyniki finansowe prowadzonej przez niego działalności gospodarczej z zastrzeżeniem, że okres ten nie może przekroczyć 6 miesięcy, nawet jeżeli zakłócenia lub przerwa w działalności gospodarczej Ubezpieczonego na skutek Szkody trwają dalej;
 - 4) Okres porównawczy – okres odpowiadający Okresowi odszkodowawczemu bezpośrednio poprzedzający dzień, w którym powstała Szkoda;
 - 5) Wskaźnik zysku – procentowy udział Zysku w wartości Obrotu dla roku obrotowego bezpośrednio poprzedzającego rok obrotowy, w którym wydarzyła się Szkoda, skorygowany w taki sposób, aby odzwierciedlał zmiany w otoczeniu rynkowym lub działalności Ubezpieczonego niezwiązane z przerwaniem lub zakłóceniem działalności Ubezpieczonego po Szkodzie, takie jak sezonowość, trendy rynkowe, tendencje rozwojowe, inflacja, rozwój produktów oraz inne okoliczności i uwarunkowania mające wpływ na przebieg działalności gospodarczej Ubezpieczonego, w celu uzyskania możliwie dokładnego szacunku Wskaźnika zysku, który Ubezpieczony osiągnąłby w Okresie odszkodowawczym, gdyby Szkoda nie wystąpiła;
 - 6) Zwiększone koszty działalności – uzasadnione i niezbędne koszty poniesione przez Ubezpieczonego w celu ograniczenia utraty Zysku w Okresie odszkodowawczym:
 - a) przeniesienia Ubezpieczonego mienia do zastępczego Budynku lub Lokalu i z powrotem,
 - b) związane z koniecznością czasowego użytkowania zastępczych środków trwałych,
 - c) pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych i w dniach wolnych od pracy,
 - d) działań niezbędnych w celu poinformowania statych klientów, w tym pisma i telefony, o zmianach w prowadzonej działalności;
 - 7) Zysk – kwota stanowiąca różnicę pomiędzy sumą Obrotu w okresie, za który jest obliczany Zysk, stanu produktów, półproduktów i produkcji w toku na początek tego okresu, uzyskanych odszkodowań z tytułu ubezpieczenia zapasów i ubezpieczenia Zysku w tym okresie, a sumą kosztów działalności w tym okresie, stanu produktów, półproduktów i produkcji w toku na koniec tego okresu.
3. Przedmiotem ubezpieczenia jest Zysk, który Ubezpieczony mógłby osiągnąć w okresie 6 miesięcy, rozpoczynającym się w Okresie ubezpieczenia, gdyby nie doszło do zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz Zwiększone koszty działalności poniesione w tym okresie.
 4. Allianz pokryje utratę Zysku, jeżeli przerwa lub zakłócenie w wykonywaniu działalności trwała dłużej niż 3 dni.
 5. Sumę ubezpieczenia deklaruje Ubezpieczający. Suma ubezpieczenia Zysku powinna odpowiadać połowie planowanego Zysku rocznego, z uwzględnieniem trendów rozwojowych oraz najbardziej korzystnego dla wyników finansowych Ubezpieczonego scenariusza wahań Obrotu i wyników działalności operacyjnej, w tym wahań sezonowych. Wypłata odszkodowań powoduje zmniejszenie sumy ubezpieczenia.
 6. Oprócz wyłączeń przewidzianych postanowieniami § 8 OWU ochrona ubezpieczeniowa na podstawie tej klauzuli nie obejmuje także:
 - 1) skutków przerw w działalności powstałych w związku ze Szkodą w mieniu, za którą Allianz nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia;
 - 2) skutków przerwy w działalności powstałych w związku ze Szkodą w mieniu, za którą Allianz ponosi odpowiedzialność na podstawie klauzul lub postanowień dodatkowych do Umowy ubezpieczenia mienia;
 - 3) obrotu, kosztów i zysków, które nie są związane z Ubezpieczonym mieniem lub z prowadzoną działalnością wskazaną w Umowie ubezpieczenia;
 - 4) obrotu, kosztów i zysków z operacji giełdowych i innych inwestycji kapitałowych;
 - 5) utraty rynku niezwiązanej ze spadkiem Obrotu wskutek Szkody w mieniu;
 - 6) kar pieniężnych, grzywien i zobowiązań wobec Osób trzecich;
 - 7) skutków przerw w działalności powstałych w związku ze Szkodą w mieniu, gdy Ubezpieczony podejmuje decyzję o nieodtworzeniu mienia lub rezygnuje z podjęcia przerwanej lub zakłóconej działalności;
 - 8) skutków braku wystarczających środków finansowych niezbędnych do odtworzenia mienia dotkniętego Szkodą;
 - 9) decyzji właściwych organów administracji lokalnej lub państwowej, które uniemożliwiają lub opóźniają odtworzenie zniszczonego mienia lub dalsze prowadzenie działalności przez Ubezpieczonego;
 - 10) opóźnienia wznowienia działalności po Szkodzie, w wyniku decyzji Ubezpieczonego;
 - 11) rozwiązania umów najmu, użyczenia, dzierżawy, leasingu, sprzedaży lub innych umów cywilnoprawnych umożliwiających korzystanie z mienia lub licencji, cofnięcia, ograniczenia lub wygaśnięcia koncesji, pozwoleń lub innych decyzji administracyjnych, które nastąpiło po dacie, gdy Ubezpieczone mienie, które uległo Szkodzie, zostało odtworzone i działalność gospodarcza byłaby wznowiona lub kontynuowana, gdyby nie nastąpiły okoliczności określone w niniejszym ustępie;
 - 12) skutków wprowadzenia zmian w Ubezpieczonym mieniu przy jego odtwarzaniu, które Ubezpieczony byłby zobowiązany wykonać nawet, gdyby Szkoda nie wystąpiła, a także innowacji lub ulepszeń;
 - 13) Zysku utraconego przez dokonanie odpisów amortyzacyjnych w zakresie, w jakim zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa ustał obowiązek dokonywania takich odpisów;
 - 14) Zysku utraconego wskutek obowiązku wypłaty odszkodowań lub roszczeń o zadośćuczynienie, w tym związanych z nimi kosztami sądowymi i zastępstwa procesowego, kar umownych, odsetek i odszkodowań wynikających z opóźnienia, niewykonania, nienależytego wykonania bądź rozwiązania umów handlowych pozostających w związku z działalnością Ubezpieczonego.
7. Wysokość wypłacanego odszkodowania jest ustalana:
 - 1) w ubezpieczeniu Zwiększonych kosztów działalności – jako wartość udokumentowanych kosztów poniesionych w Okresie odszkodowawczym, nie więcej jednak niż zaoszczędzona kwota wynikająca z ograniczenia utraty Zysku w Okresie odszkodowawczym wskutek poniesienia tych kosztów,
 - 2) w ubezpieczeniu utraty Zysku – jako wartość Zysku, który Ubezpieczający uzyskałby w Okresie odszkodowawczym, gdyby nie doszło do Szkody w Ubezpieczonym mieniu, stanowiąca iloczyn Wskaźnika zysku oraz wartości, o którą Obrót osiągnięty w Okresie odszkodowawczym zmniejszył się w porównaniu do Obrotu standardowego na skutek Szkody.
 8. Jeśli w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia doszło do Szkody, która zobowiązuje Allianz do wypłaty odszkodowania za utracony Zysk, odpowiedzialność Allianz za ten Zysk kończy się dopiero po zakończeniu Okresu odszkodowawczego, nawet jeśli Okres ubezpieczenia już się zakończył.

KLAUZULA NR 8 – KOSZTY UTYLIZACJI LEKÓW, RECYKLINGU MASZYN I URZĄDZEŃ ORAZ UTRATY DOKUMENTÓW DLA APTEK

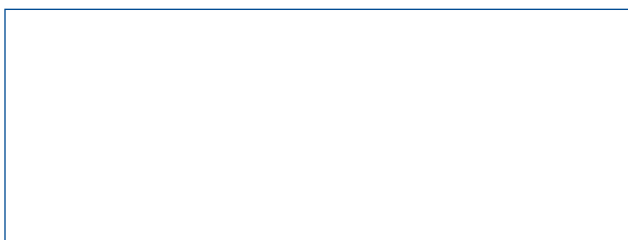
1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy ubezpieczenia i OWU, na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową poniesione przez Ubezpieczonego koszty:
 - 1) utylizacji leków w aptece lub punkcie aptecznym;
 - 2) recyklingu maszyn i urządzeń znajdujących się w aptece lub punkcie aptecznym;
 - 3) braku możliwości uzyskania refundacji sprzedanych refundowanych leków lub wyrobów medycznych, wskutek zniszczenia dokumentów będących podstawą refundacji.
2. Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową koszty wymienione w ust. 1 wyłącznie pod warunkiem, że:
 - 1) powstały w następstwie Szkody w Ubezpieczonym mieniu, w zakresie objętym Umową ubezpieczenia;
 - 2) Ubezpieczający dokonuje bieżącej archiwizacji danych o obrocie refundowanymi lekami i wyrobami medycznymi, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Wysokość kosztów wskazanych w ust. 1 pkt 3 powyżej ustala się w oparciu o średnią dzienną wartość kwot refundowanych wyliczoną na podstawie 6-miesięcznego okresu poprzedzającego dzień Szkody.
4. Odpowiedzialność Allianz z tytułu Szkód objętych ochroną w ramach niniejszej klauzuli ograniczona jest do limitu określonego w Umowie ubezpieczenia i potwierdzonego w polisie. Limit określony jest na jedno i wszystkie zdarzenia w Okresie ubezpieczenia. Limit ten ulega obniżeniu o kwotę wypłaconych odszkodowań w ramach niniejszej klauzuli.
5. Franszyza redukcyjna w każdej Szkodzie wynosi 500 zł, o ile nie umówiono się inaczej.

TUIR Allianz Polska S.A.

ul. Inflancka 4B

00-189 Warszawa

Zadzwoń do Twojego agenta



Infolinia: 224 224 224*

www.allianz.pl

* opłata zgodnie z taryfą danego operatora



ALLIANZ COMMERCIAL

Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla Klientów Korporacyjnych

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej dla Klientów Korporacyjnych

W tabeli wskazujemy, które postanowienia O.W.U. zawierają informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Pojęcia zdefiniowane w tych O.W.U., mają znaczenie nadane im w O.W.U. Ilekroć w tabeli poniżej wskazujemy na postanowienie, w którego treści odwołujemy się do pojęć zdefiniowanych w § 3 O.W.U., to każdorazowo dane postanowienie należy odczytywać łącznie z brzmieniem definicji pojęcia mającego zastosowanie w danym postanowieniu.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 1 ust. 1, § 4, § 5, § 6, § 9, § 10 ust. 7, § 12 ust.1, § 15 ust. 1-4. W zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia, umowa może obejmować także ochronę opisaną w Klauzulach dodatkowych zawartych w: – Załączniku nr 1 do O.W.U: Klauzula nr 1 ust. 1, Klauzula nr 2 ust. 1-2, Klauzula nr 3 ust. 1, Klauzula nr 4 ust. 1-3, 5, Klauzula nr 5 ust. 1, Klauzula nr 6 ust. 1-3, Klauzula nr 7 ust. 1-3, Klauzula nr 8 ust. 1-4, 6, Klauzula nr 9 ust. 1-5, Klauzula nr 10 ust. 1. (informacje zawarte powyżej w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w § 3) – Załączniku nr 2 do O.W.U.: Klauzula kosztów ochrony prawnej ust. 1, 3, 10, 12.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 1-6, § 5 ust. 2, § 7, § 8, § 9 ust. 5-7, § 10 ust. 5, 7, § 11 ust. 4, § 12 ust. 1-5, § 13 ust. 4, § 14 ust. 1, 4, § 15 ust. 2-3. W zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia, w umowie mogą mieć zastosowanie również poniższe wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności opisane w Klauzulach dodatkowych zawartych w Załączniku nr 1 do O.W.U.: Klauzula nr 1 ust. 1-2, Klauzula nr 2 ust. 2-5, Klauzula nr 3 ust. 2, Klauzula nr 4 ust. 4-5, Klauzula nr 5 ust. 2-3, Klauzula nr 6 ust. 2-4, Klauzula nr 7 ust. 2-4, Klauzula nr 8 ust. 3-5, Klauzula nr 9 ust. 3,6, Klauzula nr 10 ust. 2. Informacje zawarte powyżej w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w § 3. Do ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej znajdują zastosowanie również poniższe wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności opisane w Klauzuli kosztów ochrony prawnej zawartej w Załączniku nr 2 do O.W.U.: Klauzula kosztów ochrony prawnej ust. 3-4, 7, 11, 21.

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej, zwanych dalej O.W.U., Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej „Allianz”, zawiera z **Ubezpieczającymi** posiadającymi zdolność do czynności prawnych, umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za **Szkody** powstałe w związku z prowadzoną przez nich działalnością gospodarczą wskazaną w **Umowie ubezpieczenia** i posiadany mieniem, które jest wykorzystywane w takiej działalności.
2. **Ubezpieczający** może zawrzeć **Umowę ubezpieczenia** na swoją rzecz lub na cudzy rachunek.

§ 2. Wprowadzanie do Umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych – uzupełniających lub zmieniających jej treść

1. Za porozumieniem stron do **Umowy ubezpieczenia** mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe. Postanowienia dodatkowe mogą uzupełniać lub zmieniać treść **Umowy ubezpieczenia** zawartej na podstawie tych O.W.U.
2. Postanowieniami dodatkowymi są w szczególności Klauzule zawarte w Załączniku nr 1 do tych O.W.U.
3. Postanowienia dodatkowe mogą być wprowadzone do **Umowy ubezpieczenia** z zachowaniem formy pisemnej lub elektronicznej pod rygorem nieważności.

§ 3. Objasnienia pojęć użytych w O.W.U

Pojęcia zdefiniowane zostały wyróżnione w treści tych O.W.U. wielką literą i pogrubionym drukiem. Pojęcia te mają następujące znaczenie:

1. **Choroba zakaźna** – każda infekcja, która może być przenoszona za pomocą dowolnej substancji lub czynnika z dowolnego organizmu na inny organizm, przy czym:
 - a. przez substancje lub czynniki rozumie się w szczególności wirusy, bakterie, pasożyty oraz inne organizmy, jak również wszelkie ich odmiany (mutacje), uważane za żyjące lub nie, oraz
 - b. sposób przeniesienia (transmisji) obejmuje w szczególności przenoszenie drogą powietrzną, drogą kropelkową (poprzez przeniesienie płynów ustrojowych), przenoszenie z lub na jakkolwiek powierzchnię, organizm lub obiekt, ciecz lub gaz lub między organizmami, oraz
 - c. infekcja, substancja lub czynnik mogą powodować lub zagrażać powstaniem **Szkody**.
2. **Czysta Strata Finansowa** – uszczerbek majątkowy, który nie jest **Szkodą Rzeczową** ani **Szkodą Osobową**. Utrata rzeczy, w tym utrata możliwości korzystania z rzeczy nie stanowią **Czystej Straty Finansowej**.
3. **Dane** – fakty, pojęcia lub informacje, oprogramowanie lub inne kodowane instrukcje (zestawy reguł) wyrażone w sposób sformalizowany, nadające się do komunikacji, interpretacji lub **Przetwarzania**.
4. **Dane osobowe** – **Dane** odnoszące się do oznaczonej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej; przy czym przez możliwą do zidentyfikowania osobę fizyczną należy rozumieć osobę, której tożsamość może być ustalona bezpośrednio lub pośrednio, w szczególności za pomocą danych takich jak imię i nazwisko, numer identyfikacyjny, lokalizacja, identyfikator sieciowy (adres IP) lub za pomocą co najmniej jednego konkretnego czynnika opisującego fizyczną, fizjologiczną, genetyczną, psychiczną, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość tej osoby fizycznej.
5. **Franszyza integralna** – określona w **Umowie ubezpieczenia**, kwotowo lub poprzez wskazanie sposobu jej wyliczenia, wartość nieubezpieczonej części **Szkody** w odniesieniu do każdego **Wypadku ubezpieczeniowego**. Do wysokości **Franszyzy integralnej** Allianz nie wypłaca żadnych świadczeń ani nie pokrywa żadnych kosztów, a w przypadku przekroczenia jej wysokości świadczenie wypłacane jest w całości. **Franszyzy integralnej** nie stosuje się do **Szкод Osobowych**.
6. **Franszyza redukcyjna** – określona w **Umowie ubezpieczenia**, kwotowo lub poprzez wskazanie sposobu jej wyliczenia, wartość, o którą pomniejszane są łączne świadczenia wypłacane przez Allianz z tytułu każdego **Wypadku ubezpieczeniowego**. **Franszyzy redukcyjnej** nie stosuje się do **Szкод Osobowych**.
7. **Krzywdą** – uszczerbek w niemajątkowych dobrach **Poszkodowanego**, który powstał w następstwie śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

8. **Naruszenie bezpieczeństwa sieci** – technologiczna awaria systemu bezpieczeństwa komputerowego lub innych technologicznych środków bezpieczeństwa – będących własnością **Ubezpieczonego**, użytkowanych lub posiadanych przez niego na podstawie innego tytułu prawnego lub zagubionych przez **Ubezpieczonego** lub udostępnianych **Ubezpieczonemu** w celu **Przetwarzania danych** – prowadząca do nieuprawnionego dostępu lub kradzieży **Danych**, utraty operacyjnej kontroli nad **Danymi**, przeniesienia wirusa lub złośliwego kodu lub odmowy dostępu.
9. **Obrót** – ogólna suma wpływów brutto ze sprzedaży towarów lub **Usług** w okresie jednego roku.
10. **Osoba bliska** – mąż, żona, konkubent, konkubina, brat, siostra, wstępni, zstępni, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teść, teściowa, zięć, synowa, przysposabiający, przysposobiony.
11. **Poszkodowany** – każda osoba, która doznała **Szkody** na skutek **Wypadku ubezpieczeniowego**.
12. **Podlimit** – ustalona w ramach **Sumy gwarancyjnej** wartość kwotowa, ograniczająca maksymalną odpowiedzialność Allianz z tytułu ryzyk określonych w tych O.W.U. lub poszczególnych Klauzulach dodatkowych zawartych w Załączniku nr 1 do tych O.W.U., określonego rodzaju **Szкод** bądź z tytułu jednego **Wypadku ubezpieczeniowego**.
13. **Podwykonawca** – osoba fizyczna niebędąca **Pracownikiem** w rozumieniu tych O.W.U., osoba prawna bądź jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, za pomocą której **Ubezpieczony** wykonuje ciężące na nim zobowiązanie wynikające z istniejącego stosunku prawnego.
14. **Pracownik** – osoba wykonująca czynności na rzecz **Ubezpieczonego** oraz pod jego kierownictwem, która:
 - a. pozostaje z **Ubezpieczonym** w stosunku pracy lub,
 - b. świadczy dla **Ubezpieczonego** usługi na podstawie umów cywilnoprawnych.Za **Pracownika** uważa się także praktykanta, wolontariusza, stażystę, pracownika tymczasowego, którym **Ubezpieczony** powierzył wykonywanie określonych czynności na jego rzecz i pod jego kierownictwem.
15. **Producent** – podmiot, który wytwarza **Produkt** w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Za **Producenta** uważa się także dystrybutora, dostawcę lub importera **Produktu** lub jego części składowe.
16. **Produkt** – każda rzecz ruchoma, choćby została połączona z inną rzeczą. Za **Produkt** uważa się także energię elektryczną i ciepłą oraz zwierzęta.
17. **Produkt końcowy** – **Produkt**, który został wytworzony przez osobę inną niż **Ubezpieczony** z użyciem **Produktu** dostarczonego przez **Ubezpieczonego**.
18. **Przetwarzanie** – operacje dokonywane na **Danych**, w szczególności gromadzenie, rejestrowanie, organizowanie, strukturyzacja, przechowywanie, adaptacja lub zmiana, odzyskiwanie, konsultowanie, wykorzystywanie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie, a także ujawnianie poprzez przekazywanie, rozpowszechnianie lub udostępnianie w inny sposób.
19. **Reprezentanci Ubezpieczonego** – osoby fizyczne, będące członkami zarządów lub innych organów zarządzających lub nadzorczych **Ubezpieczonego**, prokurenci, wspólnicy spółek nieposiadających osobowości prawnej (poza komandytariuszami w spółce komandytowej i akcjonariuszami w spółce komandytowo-akcyjnej) lub **Pracownicy** uprawnieni do reprezentacji **Ubezpieczonego** wobec osób trzecich, jednakże wyłącznie w zakresie reprezentacji.
20. **Stan pod wpływem alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia 0,2 promila alkoholu lub więcej, lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi, lub prowadzi do stężenia 0,1 mg, lub więcej.
21. **Stan pod wpływem środków narkotycznych** – stan po użyciu środków odurzających lub po użyciu substancji psychotropowych, lub po użyciu środków zastępczych, lub po użyciu nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
22. **Substancja niebezpieczna** – jakiegokolwiek stałe, ciekłe, gazowe, termiczne środki drażniące lub zanieczyszczające, w szczególności: dymy, wyziewy, sadza, opary, kwasy, zasady, chemikalia, odpady lub inne środki drażniące.
23. **Suma gwarancyjna** – określona w **Umowie ubezpieczenia** i potwierdzona w polisie wartość kwotowa, która stanowi górną granicę odpowiedzialności Allianz na podstawie **Umowy ubezpieczenia**.
24. **Szkoda** – **Szkoda rzeczowa**, **Szkoda osobowa** lub **Czysta Strata Finansowa**.
25. **Szkoda Rzeczowa** – uszczerbek majątkowy, który powstał w wyniku uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy należącej do **Poszkodowanego**, a także utracenie korzyści, które **Poszkodowany** mógłby osiągnąć, gdyby rzecz ta nie została zniszczona lub uszkodzona;

26. **Szkoda Osobowa** – uszczerbek majątkowy, który powstał w następstwie śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracone korzyści, które **Poszkodowany** mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. **Szkodą osobową** w rozumieniu tych O.W.U. jest także **Krzywdą**.
27. **Ubezpieczający** – podmiot, który zawarł **Umowę ubezpieczenia** i jest zobowiązany do zapłaty składki;
28. **Ubezpieczony** – podmiot, którego odpowiedzialność cywilna objęta jest ubezpieczeniem w zakresie wskazanym w **Umowie ubezpieczenia**, a także **Reprezentanci Ubezpieczonego** lub **Pracownicy** – w zakresie **Szкод** wyrządzonych w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych lub czynności faktycznych i prawnych na rzecz **Ubezpieczonego**;
29. **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawarta na podstawie tych O.W.U.
30. **Usługa** – prace, roboty lub inne czynności wykonywane przez **Ubezpieczonego** na rzecz dającego zlecenie. Na potrzeby ochrony ubezpieczeniowej świadczonej na podstawie tych O.W.U. przez **Usługę** rozumie się również prace, roboty lub inne czynności, które zostały zakończone przez **Ubezpieczonego** i przekazane odbiorcy; jeżeli jakiegokolwiek prace, roboty lub inne czynności pomimo ich zakończenia i odebrania przez zleceniodawcę wymagają poprawek, napraw lub zastąpienia, będą one traktowane jak zakończone i przekazane **Usługi**;
31. **Wartości pieniężne** – krajowe i zagraniczne znaki pieniężne, czek, weksle i inne nośniki zastępujące w obrocie gotówkę, złoto, srebro i wyroby z tych metali, perły, kamienie szlachetne, platyna i pozostałe metale z grupy platynowców;
32. **Wprowadzenie do obrotu** – trwała lub okresowa utrata władztwa nad **Produktem** przez **Producenta** w celu jego przeniesienia na inną osobę.
33. **Wypadek cyber** –
 - a. nieautoryzowane **Przetwarzanie Danych** przez **Ubezpieczonego**,
 - b. naruszenie prawa i przepisów dotyczących utrzymania lub ochrony **Danych**,
 - c. **Naruszenie bezpieczeństwa sieci**.**Wypadkiem cyber** nie jest uszkodzenie **Danych Poszkodowanego** przez **Ubezpieczonego**, jeśli nie doszło do **Naruszenia bezpieczeństwa sieci**,
34. **Wypadek seryjny** – wszystkie **Wypadki ubezpieczeniowe** wynikające z tej samej przyczyny, niezależnie od terminu ich faktycznego powstania oraz liczby **Poszkodowanych**; przy czym za datę jego wystąpienia przyjmuje się, datę zajścia pierwszego z **Wypadków ubezpieczeniowych**. Na potrzeby ustalenia odpowiedzialności Allianz Wypadek seryjny uważa się za jeden **Wypadek ubezpieczeniowy**;
35. **Wypadek ubezpieczeniowy** – powstanie w okresie ubezpieczenia **Szkody** objętej ochroną ubezpieczeniową.

§ 4. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest odpowiedzialność cywilna **Ubezpieczonego** za **Szkody** wyrządzone **Poszkodowanemu** w związku z prowadzeniem przez **Ubezpieczonego** działalności określonej w **Umowie ubezpieczenia** lub posiadanym mieniem, które jest wykorzystywane w takiej działalności, będąca następstwem:
 - 1) czynu niedozwolonego (odpowiedzialność deliktowa) lub
 - 2) niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność kontraktowa).
 Dla **Szкод** w postaci **Czystych Strat Finansowych** ustanawia się **Podlimit** nie wyższy jednak niż 5 000 000 złotych. W przypadku, gdy ustalona w **Umowie ubezpieczenia Suma gwarancyjna** jest niższa niż **Podlimit** opisany w zdaniu poprzedzającym, przyjmuje się, że wartość **Podlimitu** odpowiedzialności za **Czyste Straty Finansowe** jest w takim przypadku równa **Sumie gwarancyjnej**.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje także odpowiedzialność cywilną **Ubezpieczonego** za **Szkody** wyrządzone wskutek rażącego niedbalstwa albo winy umyślnej, jednakże z zastrzeżeniem wyłączenia zawartego w § 8 ust. 1.
3. W przypadku wady **Produkту** lub **Usługi** lub dostarczenia **Produkту** lub **Usługi** innych niż zamówione, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną **Ubezpieczonego** za **Szkody osobowe** lub **Szkody rzeczowe**, chyba że ochrona ubezpieczeniowa została rozszerzona o odpowiedzialność za **Czyste Straty Finansowe** poprzez wtączenie do **Umowy ubezpieczenia** klauzul zawartych w Załączniku nr 1 do tych O.W.U.
4. Ochrona ubezpieczeniowa opisana w ust. 3 obejmuje każdy **Produkt** wytworzony lub **Wprowadzony do obrotu** przez **Ubezpieczonego** lub osobę działającą w jego imieniu w zakresie

działalności gospodarczej **Ubezpieczonego** wskazanej w **Umowie ubezpieczenia**.

5. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną **Ubezpieczonego** za **Szkody** wyrządzone przez jego **Pracownika** lub **Podwykonawcę**. W takim przypadku Allianz rezygnuje z prawa do dochodzenia roszczenia zwrotnego, które przysługiwałoby **Ubezpieczonemu** w stosunku do **Podwykonawcy** odpowiedzialnego za **Szkodę** (rezygnacja z prawa do regresu), w przypadku gdy łączna wartość roszczeń zwrotnych wynikających z tego **Wypadku ubezpieczeniowego** nie przekracza kwoty 1 000 000 zł.
6. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną **Ubezpieczonych** za **Szkody** wyrządzone innym **Ubezpieczonym** na podstawie tej samej **Umowy ubezpieczenia** oraz za **Szkody** wyrządzone **Podwykonawcom** przez **Ubezpieczonego**, z zastrzeżeniem, że ubezpieczeniem nie są objęte roszczenia **Pracowników** wobec pracodawcy oraz pracodawcy wobec Pracowników wynikające ze stosunku zatrudnienia. **Suma gwarancyjna** i **Podlimity** pozostają wspólne dla wszystkich podmiotów objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach tej samej **Umowy ubezpieczenia**.
7. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje poniesioną przez **Poszkodowanego Szkodę** powstałą na skutek zapłacenia kary umownej, do zapłacenia której **Poszkodowany** został zobowiązany wskutek powstania **Szkody rzeczowej** lub **Szkody osobowej** objętej **Umową ubezpieczenia**.
8. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej – na zasadach określonych w Klauzuli kosztów ochrony prawnej (Załącznik nr 2 do tych O.W.U.) – może być także ochrona interesu majątkowego **Ubezpieczonego** polegająca na zapewnieniu pokrycia kosztów ochrony prawnej.

§ 5. Terytorialny zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną **Ubezpieczonego** za **Wypadki ubezpieczeniowe**, które miały miejsce na terytorium państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego, z zastrzeżeniem klauzul dodatkowych zawartych w Załączniku nr 1 do tych O.W.U.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje także **Wypadki ubezpieczeniowe** mające miejsce poza terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (z wyłączeniem USA, Kanady i ich terytoriów zależnych) w przypadku wyrządzenia **Szkody**:
 - 1) przez **Ubezpieczonego** lub jego **Pracownika** lub **Podwykonawcę** w trakcie podróży służbowej i podczas wykonywania czynności służbowych;
 - 2) przez **Produkty Wprowadzone do obrotu** lub **Usługi** świadczone na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego, pod warunkiem że **Usługa** została zakończona i przekazana lub **Produkt** został **Wprowadzony do obrotu** przez **Ubezpieczonego** na terenie Europejskiego Obszaru Gospodarczego, a sam **Produkt** nie był przeznaczony przez **Ubezpieczonego** do eksportu poza Europejski Obszar Gospodarczy.

§ 6. Wypadek ubezpieczeniowy i czasowy zakres ochrony

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje **Wypadki ubezpieczeniowe**, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia wskazanym w **Umowie ubezpieczenia**.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęte są także **Wypadki seryjne**, które wystąpiły w okresie ubezpieczenia wskazanym w **Umowie ubezpieczenia**, nawet jeżeli poszczególne **Wypadki ubezpieczeniowe** składające się na **Wypadek seryjny** wystąpiły już po zakończeniu **Okresu ubezpieczenia**.

§ 7. Wyłączenia dotyczące przedmiotu ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje roszczeń o wykonanie lub należyte wykonanie zobowiązania, roszczeń związanych z wykonaniem zastępczym, w tym roszczeń dotyczących zwrotu kosztów poniesionych na poczet ich wykonania oraz roszczeń wynikających z przepisów o rękojmi za wady i gwarancji jakości.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje odpowiedzialności cywilnej za **Szkody**:
 - 1) które powstały na skutek uchybień **Ubezpieczonego** w wykonywaniu czynności zawodowych architekta, inżyniera budownictwa, projektanta, pośrednika finansowego, radcy prawnego, adwokata, notariusza, weterynarza, zarządcy nieruchomości,

- rzeczoznawcy majątkowego i pośrednika w obrocie nieruchomościami, komornika sądowego, syndyka masy upadłościowej, doradcy restrukturyzacyjnego, brokera lub agenta ubezpieczeniowego oraz polegające na wykonywaniu samodzielnych funkcji technicznych w budownictwie, a także w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 2) które powstały na skutek używania statków lub innych urządzeń pływających, powietrznych i kosmicznych lub na skutek działalności portów morskich, lotniczych, lądowych, lub prowadzeniem działalności polegającej na obsłudze przewoźników lotniczych lub użytkowników statków powietrznych, obsłudze naziemnej statków powietrznych, zaopatrzeniu lotnictwa w materiały eksploatacyjne, części i podzespoły zamienne, narzędzia lub wyposażenie statków powietrznych;
 - 3) które powstały na skutek planowania, projektowania, transportu, wykorzystywania, obsługi, budowy lub naprawy obiektów, instalacji lub ich komponentów, a także produkcji lub dostawy obiektów i instalacji lub ich komponentów znajdujących się lub wykorzystywanych na obszarach morskich i oceanicznych;
 - 4) które wynikają z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przewozu lub spedycji;
 - 5) w zakresie, w jakim odpowiedzialność cywilna jest lub winna być, zgodnie z obowiązującym prawem, objęta systemem ubezpieczeń obowiązkowych.
3. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zdarzeń, które mogą prowadzić lub prowadzą do powstania zobowiązania do spełnienia przez Allianz świadczenia, w zakresie, w jakim naruszałoby to jakiekolwiek obowiązujące międzynarodowe przepisy przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych lub inne mające zastosowanie regulacje Organizacji Narodów Zjednoczonych lub Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych, jak też inne właściwe przepisy lub regulacje przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych.

§ 8. Wyłączenia dotyczące zakresu odpowiedzialności

1. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności za **Szkody** wyrządzone umyślnie przez **Reprezentantów Ubezpieczonego**.
2. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za **Szkody**:
 - 1) które zostały wyrządzone **Osobom bliskim Ubezpieczonego**;
 - 2) za które **Ubezpieczony** jest odpowiedzialny wskutek umownego przejęcia odpowiedzialności innej osoby albo wskutek rozszerzenia zakresu własnej odpowiedzialności ponad wynikającą z przepisów prawa właściwego dla zobowiązania, z którego wynika odpowiedzialność **Ubezpieczonego**;
 - 3) które zostały spowodowane w **Stanie pod wpływem alkoholu** lub **Stanie pod wpływem środków narkotycznych**, jeżeli pozostawanie w tym stanie spowodowało **Szkodę** lub zwiększyło jej rozmiar;
 - 4) które powstały na skutek działań wojennych, działań zbrojnych noszących znamiona działań wojennych, konfliktów zbrojnych, wrogich działań obcych państw, wojny domowej, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, przewrotu wojskowego, buntu w siłach zbrojnych, rebelii, rewolucji, powstania, zamachu stanu, sabotażu;
 - 5) za które przysługuje odszkodowanie na podstawie Prawa geologicznego i górniczego, w szczególności za te pozostające w związku z działalnością kopalni lub zakładu górniczego;
 - 6) które powstały na skutek wibracji, zapadnięcia się lub osiadania terenu (również budowli wzniesionej na nim), obsunięcia się ziemi, zalania przez wody stojące lub płynące, bez względu na ich przyczynę;
 - 7) które powstały wskutek, innego niż nagłe i niespodziewane, oddziaływanie hałasu, temperatury, wody, gazów, oparów, pleśni, dymu, kurzu, bakterii, wirusów lub grzybów,
 - 8) które powstały w **Wartościach pieniężnych**, dziełach sztuki, rzeczach lub zbiorach rzeczy o wartości kolekcjonerskiej, zabytkowej lub unikatowej;
 - 9) które wynikają z naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych lub naruszenia dóbr osobistych, prawa własności intelektualnej, prawa ochrony konkurencji lub konsumentów;
 - 10) których powstanie związane jest z wykorzystaniem nanotechnologii, promieniowania wysokoenergetycznego, jonizującego, laserowego lub ze skażeniem radioaktywnym lub z oddziaływaniem pola elektromagnetycznego;
 - 11) które powstały wskutek **Wypadku cyber**;
 - 12) które powstały wskutek przeniesienia, zagrożenia przeniesieniem lub w związku z rozprzestrzenianiem się **Choroby zakaźnej**, z zastrzeżeniem że wyłączenie to nie znajduje zastosowania w zakresie odpowiedzialności za **Produkt** lub **Usługę**;
 - 13) które powstały wskutek choroby zawodowej w rozumieniu Ustawy wypadkowej;
 - 14) które powstały wskutek prowadzenia banków komórek macierzystych lub krwi pępowinowej;
 - 15) które powstały wskutek zobowiązania lub zapłaty przez **Ubezpieczonego** kar umownych, grzywien, kar administracyjnych, odszkodowań o charakterze karnym, nawigacji oraz innych kar i środków o charakterze karnym;
 - 16) które mają postać **Czystych Strat Finansowych**:
 - a. powstałych w wyniku udzielanych porad, zaleceń lub instrukcji powiązanym kapitałowo podmiotom, a także niewykonanych lub nienależycie wykonanych czynności kontrolnych w tych podmiotach,
 - b. powstałych w wyniku utraty **Wartości pieniężnych**,
 - c. spowodowanych przez inne niż nagłe i niespodziewane emisje, w szczególności hałasy, zapachy i wstrząsy;
 - d. spowodowanych przez **Produkt** lub **Usługę**, z zastrzeżeniem Klauzuli dodatkowej nr 8 i 9,
 - e. spowodowanych działalnością reklamową, w tym wyrządzonych treścią reklamy,
 - f. spowodowanych niedotrzymaniem terminów lub wyliczeń zawartych w kosztorysach,
 - g. spowodowanych transakcjami finansowymi, kredytowymi, ubezpieczeniowymi, leasingowymi, obrocie nieruchomościami,
 - h. powstałych w wyniku dokonywania rozliczeń fiskalnych, płatności, nadużycia zaufania lub sprzeniewierzenia,
 - i. powstałych w związku z reprezentacją lub prowadzeniem spraw spółki kapitałowej,
 - 17) które powstały w **Produkcie** lub w przedmiocie **Usługi**, o ile **Szkoda** ta wynikała z przyczyny tkwiącej w **Produkcie** przed jego **Wprowadzeniem do obrotu** lub w przedmiocie **Usługi** zanim została ona zakończona i przekazana odbiorcy;
 - 18) które zostały spowodowane przez **Produkt**:
 - a. jeśli przed **Wprowadzeniem do obrotu** nie można było przewidzieć niebezpiecznych właściwości **Produkту**, uwzględniając stan nauki i techniki w chwili **Wprowadzenia Produkту do obrotu**, albo gdy właściwości te wynikały z zastosowania przepisów prawa;
 - b. zawierający ludzką krew, osocze lub substancje krwiopochodne,
 - c. zmodyfikowany genetycznie;
 - 19) które zostały spowodowane przez **Produkty** lub **Usługi**:
 - a. przeznaczone do jednostek pływających, statków powietrznych lub kosmicznych oraz związane ze sferą bezpieczeństwa żegludgi wodnej lub powietrznej, przemysłem kosmicznym, w tym działalności związanej z obsługą, serwisowaniem, naprawą, czyszczeniem, załadunkiem lub rozładunkiem jednostek pływających, statków powietrznych lub kosmicznych, jak również działalnością portów morskich, portów lotniczych lub lądowych, obsługą naziemną statków powietrznych;
 - b. o zastosowaniu wojskowym w zakresie jakiegokolwiek amunicji, w szczególności broni atomowej, chemicznej lub biologicznej, min przeciwpiechotnych, amunicji kasetowej oraz pojazdów lub urządzeń przeznaczonych do układania lub miotania takich min lub amunicji;
 - 20) które wynikają z poniesionych przez **Ubezpieczonego** lub **Poszkodowanego** kosztów wycofania wadliwego **Produkту** z rynku;
 - 21) które zostały wyrządzone przez oddziaływanie azbestu, formaldehydu lub dioksyn;
 - 22) które powstały na skutek stosowania inżynierii genetycznej, w szczególności uszkodzenia kodu genetycznego, lub zastosowania silikonu wykorzystywanego do celów medycznych;
 - 23) które powstały na skutek wykonywania zabiegów kosmetycznych z użyciem toksyny botulinowej, kwasu hialuronowego (podawanego w formie iniekcji), nici PDO i PLLA, a także osocza bogatopłytkowego;
 - 24) za które odpowiedzialność regulowana jest przepisami Dyrektywy środowiskowej;
 - 25) wynikię z posiadania, używania, handlu lub produkcji materiałów wybuchowych, amunicji lub fajerwerków;
 - 26) **osobowe** wynikię z oddziaływania wyrobów tytoniowych lub ich odpowiedników, w szczególności papierosów elektronicznych;
 - 27) **osobowe** spowodowane przetwarzaniem, utylizacją lub składowaniem odpadów;
 - 28) w gruntach użytkowanych przez **Ubezpieczonego** na podstawie umowy najmu, użyczenia, leasingu, dzierżawy albo innych umów uprawniających **Ubezpieczonego** do korzystania z cudzej rzeczy.

3. O ile zakres ubezpieczenia nie został rozszerzony przez włączenie do **Umowy ubezpieczenia** dodatkowych klauzul, wskazanych w Załączniku nr 1 do tych O.W.U. (wyłącznie w zakresie wskazanym wyraźnie przez treść włączonej klauzuli) lub nie został odmiennie sprecyzowany w ustalonych indywidualnie postanowieniach **Umowy ubezpieczenia**, Allianz nie odpowiada za **Szkody**:
 - 1) które powstały poza terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego, z zastrzeżeniem § 5 ust. 2. – włączenie zgodnie z:
 - a. Klauzulą nr 1 – Włączenie odpowiedzialności za **Szkody** powstałe poza terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego, z wyłączeniem USA, Kanady i ich terytoriów zależnych;
 - b. Klauzulą nr 2 – Włączenie odpowiedzialności za **Szkody** powstałe na terytorium USA, Kanady i ich terytoriach zależnych;
 - 2) które powstały w rzeczach ruchomych będących przedmiotem umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innej umowy o uprawniającej **Ubezpieczonego** do korzystania z rzeczy – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 3;
 - 3) które powstały w rzeczach ruchomych znajdujących się w pieczy, pod dozorem lub kontrolą **Ubezpieczonego**, w szczególności udostępnionych lub przekazanych **Ubezpieczonemu** w celu wykonania umowy – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 4;
 - 4) które zostały wyrządzone **Pracownikom Ubezpieczonego** w związku z wykonywaniem obowiązków na jego rzecz – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 5;
 - 5) które powstały na skutek emisji, wycieku, uwalniania się lub innej formy przedostania się do powietrza, wody lub gruntu **Substancji niebezpiecznych** – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 6;
 - 6) które zostały wyrządzone w związku z zastosowaniem eksperymentalnych metod leczenia lub rehabilitacji – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 7;
 - 7) które zostały poniesione z powodu wadliwości:
 - a. **Produktu końcowego**, powstającego w wyniku potęczenia lub zmieszania **Produktów** dostarczonych przez **Ubezpieczonego** z innymi **Produktami**, jednakże z zastrzeżeniem, że wyłączenie to nie dotyczy **Szkód** wyrządzonych przez wadliwy **Produkt końcowy (Szkody** następcze);
 - b. **Produktów**, które zostały wytworzone, poddane obróbce lub przerobione za pomocą maszyn, urządzeń (także urządzeń z zakresu techniki sterowania, pomiaru i automatyki oraz form i narzędzi) i ich części wyprodukowanych, dostarczonych, montowanych lub konserwowanych przez **Ubezpieczonego**; jednakże z zastrzeżeniem, że to wyłączenie nie dotyczy **Szkód** wyrządzonych przez wymienione wadliwe **Produkty (Szkody** następcze);
 - c. **Produktu końcowego**, w związku z dalszym przetworzeniem lub dalszą obróbką wadliwych **Produktów** dostarczonych przez **Ubezpieczonego** bez ich łączenia lub mieszania z innymi **Produktami**, jeżeli **Produkt końcowy** powstający w wyniku przetworzenia lub dalszej obróbki wadliwego **Produktu** nie może być sprzedany lub może być sprzedany tylko po obniżonej cenie, jednakże z zastrzeżeniem, że to wyłączenie nie dotyczy **Szkód** wyrządzonych przez wadliwy **Produkt końcowy (Szkody** następcze);
- włączenie zgodnie z Klauzulą nr 8;
- 8) w postaci wszelkich kosztów poniesionych przez **Poszkodowanego** na usunięcie, demontaż lub odstąpienie wadliwych **Produktów** po raz pierwszy oraz na montaż **Produktów** wolnych od wad – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 9;
- 9) wyrządzonych przez dostarczoną lub wyprodukowaną energię oraz wynikłych z niedostarczenia energii lub dostarczenia energii o parametrach innych niż uzgodnione – włączenie zgodnie z Klauzulą nr 10.

§ 9. Świadczenia i koszty wynikające z Umowy ubezpieczenia

1. W granicach udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, do wysokości **Sumy gwarancyjnej**, Allianz zobowiązany jest do:
 - 1) zbadania zasadności roszczeń wynikających z **Wypadku ubezpieczeniowego** kierowanych przeciwko **Ubezpieczonemu**,
 - 2) wypłaty świadczenia, które **Ubezpieczony** zobowiązany jest zapłacić **Poszkodowanemu** na skutek wystąpienia **Wypadku ubezpieczeniowego**, w granicach wyznaczonych w **Umowie ubezpieczenia**.
2. Roszczenia z tytułu utraconych korzyści lub innych strat wynikających z **Wypadku ubezpieczeniowego** są objęte ochroną, o ile

Szkoda, której są konsekwencją jest objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie **Umowy ubezpieczenia**.

3. W przypadku, gdy **Szkoda** jest objęta ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie **Umowy ubezpieczenia**, Allianz pokrywa uzgodnione koszty:
 - 1) wynagrodzenia ekspertów powołanych przez **Ubezpieczonego** w porozumieniu z Allianz w celu ustalenia okoliczności, przyczyn i rozmiaru **Szkody**;
 - 2) zastępstwa procesowego **Ubezpieczonego** oraz kosztów sądowych (zgodnie z Ustawą o kosztach sądowych w sprawach cywilnych), w sporze cywilnym wszczętym wskutek **Wypadku ubezpieczeniowego** i prowadzonym w porozumieniu z Allianz; związane wyłącznie z obroną **Ubezpieczonego** przed roszczeniami wynikającymi z tego **Wypadku ubezpieczeniowego**;
 - 3) zastępstwa procesowego **Ubezpieczonego** oraz koszty sądowe w postępowaniu karnym (zgodnie z Kodeksem postępowania karnego), administracyjnym i sądowno-administracyjnym (zgodnie z Prawem o postępowaniu przed sądami administracyjnymi), wszczętym wskutek **Wypadku ubezpieczeniowego**; związane wyłącznie z obroną **Ubezpieczonego** w postępowaniach wynikających z tego **Wypadku ubezpieczeniowego**.
4. Allianz pokrywa także koszty, które powstały w wyniku zastosowania przez **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** po zajściu **Wypadku ubezpieczeniowego** dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia **Szkodzie** lub zmniejszenia jej rozmiarów, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.
5. Wypłata przez Allianz świadczenia tytułem pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 3 pkt 1) - 3):
 - 1) nie wyczerpuje **Sumy gwarancyjnej**, o ile koszty te dotyczą **Szkód**, które powstały na terytorium Polski;
 - 2) powoduje zmniejszenie **Sumy gwarancyjnej** o wartość wypłaconego świadczenia, o ile koszty te dotyczą **Szkód**, które powstały poza terytorium Polski.
6. Jeżeli łączna wysokość roszczeń wynikających z **Wypadku ubezpieczeniowego** przekracza **Sumę gwarancyjną** lub ustanowiony **Podlimit**, Allianz pokrywa koszty, o których mowa w ust. 3 pkt 1) - 3) w proporcji, która odpowiada stosunkowi **Sumy gwarancyjnej** lub ustanowionego **Podlimitu** do wysokości roszczeń. Nastąpi to również wtedy, gdy jeden **Wypadek ubezpieczeniowy** prowadzi do kilku procesów sądowych. W powyższych sytuacjach Allianz będzie zobowiązany wyłącznie do wypłaty kwoty równej **Sumie gwarancyjnej** lub ustanowionemu **Podlimitowi** oraz proporcjonalnie pokrycie powstałych już kosztów związanych z zastępstwem procesowym.
7. Koszty, o których mowa w ust. 4, Allianz pokrywa w ramach **Sumy gwarancyjnej**.

§ 10. Zawarcie Umowy ubezpieczenia. Prawa i obowiązki stron

1. **Umowa ubezpieczenia** zawierana jest na podstawie:
 - 1) złożonego przez **Ubezpieczającego** wniosku o zawarcie **Umowy ubezpieczenia** lub
 - 2) złożonej przez Allianz oferty zawarcia **Umowy ubezpieczenia**.
2. **Ubezpieczający** jest obowiązany podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz pytał go w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli **Ubezpieczający** zawiera **Umowę ubezpieczenia** przez przedstawiciela obowiązujący ten ciężar również na przedstawicieli i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Jeżeli Allianz zawarł **Umowę ubezpieczenia** mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
3. W czasie trwania **Umowy ubezpieczenia** należy zgłaszać Allianz zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 2, niezwłocznie, ale nie później niż 14 dni po otrzymaniu o nich wiadomości.
4. W razie zawarcia **Umowy ubezpieczenia** na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 2 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 powyższych ustępów nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia powyższych ustępów doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że **Wypadek ubezpieczeniowy** i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
6. W razie ujawnienia okoliczności, która pociągają za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa **Wypadku ubezpieczeniowego**, każda ze stron **Umowy ubezpieczenia** może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zasłała 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.

7. W razie zajścia **Wypadku ubezpieczeniowego**, **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony** są zobowiązani użyć dostępnych im środków w celu zapobieżenia **Szkodzie** lub zmniejszenia jej rozmiarów. Koszty powstałe wskutek zastosowania tych środków, Allianz pokrywa na zasadach określonych w § 9 ust. 4. Jeżeli **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony** umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w zdaniu pierwszym, Allianz jest wolny od odpowiedzialności za **Szkody** powstałe z tego powodu.
8. Allianz potwierdza zawarcie **Umowy ubezpieczenia** wystawieniem polisy.

§ 11. Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności

1. **Umowę ubezpieczenia** zawiera się na okres jednego roku.
2. Odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu **Umowy ubezpieczenia**, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
3. Jeżeli strony umowy się, że rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej nastąpi przed zapłatą składki lub jej pierwszej raty (płatność odroczone), to ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty wskazanej w **Umowie ubezpieczenia**.
4. Jeżeli Allianz ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została opłacona w terminie, Allianz może wypowiedzieć **Umowę ubezpieczenia** ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, w którym ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku takiego wypowiedzenia **Umowa ubezpieczenia** wygasa wraz z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
5. **Umowa ubezpieczenia** ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu na jaki została zawarta (okres ubezpieczenia);
 - 2) z dniem odstąpienia od **Umowy ubezpieczenia** przez **Ubezpieczającego**;
 - 3) z dniem wypowiedzenia **Umowy ubezpieczenia** w sytuacjach określonych w § 10 ust. 6 i § 11 ust. 4;
 - 4) z chwilą wyczerpania **Sumy gwarancyjnej** na skutek wypłaty świadczeń wynikających z **Umowy ubezpieczenia**;
 - 5) z chwilą zaprzestania prowadzenia przez **Ubezpieczonego** działalności gospodarczej;
 - 6) z upływem dnia, w którym bezskutecznie minął dodatkowy termin wyznaczony **Ubezpieczającemu** przez Allianz do zapłaty składki, w sytuacji, o której mowa w § 13 ust. 4.
6. Jeżeli **Umowa ubezpieczenia** została zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, **Ubezpieczający** ma prawo odstąpienia od **Umowy ubezpieczenia** w terminie 30 dni, a w przypadku gdy **Ubezpieczający** jest przedsiębiorcą – w terminie 7 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.
7. W przypadku zawarcia **Umowy ubezpieczenia** na odległość, w której **Ubezpieczający** występuje jako konsument, termin w którym **Ubezpieczający** może od niej odstąpić wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu **Umowy ubezpieczenia** lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu od **Umowy ubezpieczenia** zostało wystane.
8. Odstąpienie od **Umowy ubezpieczenia** nie zwalnia **Ubezpieczającego** z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Allianz udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 12. Suma gwarancyjna

1. **Suma gwarancyjna** stanowi górną granicę odpowiedzialności Allianz z tytułu jednego i wszystkich **Wypadków ubezpieczeniowych**, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia.
2. **Suma gwarancyjna** określana jest przez **Ubezpieczającego**. Allianz nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ustalenia **Sumy gwarancyjnej** przez **Ubezpieczającego** na niewłaściwym poziomie.
3. W stosunku do określonych ryzyk, rodzajów **Szód** lub z tytułu jednego **Wypadku ubezpieczeniowego** w **Umowie ubezpieczenia** mogą zostać ustanowione **Podlimity**. **Podlimity** ustalane są jako

górną granicę odpowiedzialności z tytułu jednego i wszystkich **Wypadków ubezpieczeniowych**, do których się odnoszą.

4. Jeżeli w odniesieniu do jednego **Wypadku ubezpieczeniowego** może mieć zastosowanie więcej niż jeden **Podlimit**, a ustanowione **Podlimity** mają różną wysokość, odpowiedzialność Allianz ogranicza się do najwyższego z **Podlimitów**. Wartości **Podlimitów** nie sumują się.
5. **Suma gwarancyjna** ulega każdorazowemu zmniejszeniu o wysokość wypłaconego świadczenia aż do jej całkowitego wyczerpania z zastrzeżeniem § 9 ust. 5 pkt 1). Niniejszą zasadę stosuje się również do **Podlimitów**. Wypłata świadczenia w ramach **Podlimitu** powoduje zmniejszenie **Sumy gwarancyjnej** i **Podlimitu**. Jeżeli na skutek wypłaty świadczenia **Suma gwarancyjna** zostanie obniżona do wysokości **Podlimitu**, wówczas kolejna wypłata obniży zarówno **Sumę gwarancyjną**, jak i dany **Podlimit**.
6. Na wniosek **Ubezpieczającego** i po opłaceniu przez niego dodatkowej składki, Allianz może w danym okresie ubezpieczenia zwiększyć lub uzupełnić **Sumę gwarancyjną** lub poszczególne **Podlimity**.

§ 13. Składka ubezpieczeniowa

1. Składka ubezpieczeniowa jest ustalana w oparciu o dokonaną ocenę ryzyka, na podstawie obowiązującej taryfy składek.
2. Wysokość składki oblicza się na podstawie wysokości **Sumy gwarancyjnej**, wysokości franszy, rodzaju prowadzonej działalności, wnioskowanego zakresu ubezpieczenia, historii szkodowości, **Obrotu** lub zatrudnienia oraz czasu trwania odpowiedzialności Allianz.
3. Na wniosek **Ubezpieczającego** składka może być rozłożona na raty. Ratalna płatność składki powoduje podwyższenie wysokości składki o stosowny procent, zgodnie z taryfą obowiązującą w dniu zawarcia **Umowy ubezpieczenia**. Terminy płatności kolejnych rat składki i ich wysokość określone w złożonym wniosku lub ofercie, po zawarciu **Umowy ubezpieczenia** Allianz potwierdza w polisie.
4. Jeżeli w **Umowie ubezpieczenia** uzgodniono płatność składki w ratach, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w terminie, Allianz wezwie po upływie terminu **Ubezpieczającego** do zapłaty zaległej raty składki z zagrożeniem, że brak płatności w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania wezwania przez **Ubezpieczającego** spowoduje ustanie odpowiedzialności Allianz. W przypadku braku takiego wezwania ze strony Allianz, ochrona ubezpieczeniowa nie ustaje, a Allianz przysługuje składka za cały czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Za zapłatę składki lub raty składki uważa się zapłatę pełnej kwoty określonej w złożonym wniosku lub w ofercie i – po zawarciu **Umowy ubezpieczenia** – potwierdzonej w polisie.
6. Składkę lub jej ratę uważa się za opłaconą w terminie, gdy wpłynie ona na rachunek bankowy Allianz w pełnej wysokości wynikającej z **Umowy ubezpieczenia**.
7. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Allianz wyłącznie przeciwko **Ubezpieczającemu**.
8. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem umówionego okresu, na jaki została zawarta **Umowa ubezpieczenia**, **Ubezpieczającemu** przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 14. Tryb postępowania w razie zajścia Wypadku ubezpieczeniowego, obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. **Ubezpieczający**, a w przypadku gdy wiedział o zawarciu **Umowy Ubezpieczenia** na jego rachunek, także **Ubezpieczony**, zobowiązani są powiadomić Allianz niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni, od uzyskania informacji o zajściu **Wypadku ubezpieczeniowego**. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa przez **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** (w przypadku gdy wiedział o zawarciu **Umowy Ubezpieczenia** na jego rachunek) obowiązków wskazanych w zdaniu poprzedzającym, Allianz może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to przyczyniło się do zwiększenia **Szkody** lub uniemożliwiło Allianz ustalenie okoliczności i skutków **Wypadku ubezpieczeniowego**. Skutki braku zawiadomienia Allianz o **Wypadku ubezpieczeniowym** nie następują, jeżeli Allianz w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
2. Jeżeli przeciwko **Ubezpieczającemu**, a także **Ubezpieczonemu** – w przypadku, gdy wiedział on o zawarciu **Umowy ubezpieczenia** na jego rachunek – wszczęte zostało postępowanie karne lub cywilne o wypłatę świadczenia, **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony**

obowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w ciągu 7 dni od otrzymania informacji o wszczęciu postępowania, poinformować o tym Allianz.

3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o **Wypadku ubezpieczeniowym** Allianz podejmie postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego **Wypadku ubezpieczeniowego**, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub, za zgodą **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** w innej formie, informuje o tym **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** (jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem), a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Zaspokojenie lub uznanie przez **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** (w przypadku gdy wiadział o zawarciu **Umowy ubezpieczenia** na jego rachunek) roszczenia **Poszkodowanego** nie ma skutków prawnych względem Allianz, jeśli Allianz nie wyraził na to uprzednio zgody.

§ 15. Ustalenie i wypłata świadczenia

1. Allianz wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Allianz wypłaci świadczenie w kwocie odpowiadającej rozmiarowi **Szkody**, w zakresie określonym w **Umowie ubezpieczenia** i potwierdzonym w polisie, potrącając **Franszyzę redukcijną** w wysokości ustalonej w **Umowie ubezpieczenia** (o ile znajduje zastosowanie), nie więcej jednak niż do wysokości **Sumy gwarancyjnej** lub **Podlimitu** określonego w **Umowie ubezpieczenia**.
3. W przypadku, gdy do **Szkoł** wynikających z jednego **Wypadku ubezpieczeniowego** może mieć zastosowanie więcej niż jedna **Franszyza redukcyjna**, świadczenie wypłacane jest zawsze z uwzględnieniem jednej **Franszyzy redukcyjnej**, a w sytuacji gdy wysokość zastosowanych **Fransysz redukcyjnych** jest różna, świadczenie wypłacane jest z uwzględnieniem **Franszyzy redukcyjnej** o najwyższej wartości.
4. Allianz jest zobowiązany do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o **Wypadku ubezpieczeniowym**. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz jest zobowiązany wypłacić w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o **Wypadku ubezpieczeniowym**.
Jeżeli w terminach określonych w **Umowie ubezpieczenia** lub we właściwych przepisach Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczającego**, a w przypadku **Umowy ubezpieczenia** na cudzy rachunek – także **Ubezpieczonego**, o ile nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz, w przypadku **Umowy ubezpieczenia** na cudzy rachunek – także **Ubezpieczonego**, o ile nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 16. Roszczenia regresowe Allianz

1. Z dniem dokonania przez Allianz zapłaty świadczenia, roszczenia przysługujące **Ubezpieczonemu** wobec **Osób trzecich** odpowiedzialnych za **Szkodę** przechodzą na Allianz do wysokości wypłaconego świadczenia (roszczenia regresowe). Jeżeli Allianz pokrył tylko część **Szkody**, **Ubezpieczonemu** przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Allianz.
2. Roszczenia regresowe nie przechodzą na Allianz, jeżeli odpowiedzialnym za **Szkodę**, do którego kierowane jest dane roszczenie jest osoba, z którą **Ubezpieczony** pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że **Szkoda** została wyrządzona umyślnie.
3. W razie zajścia **Wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczającego**, a w przypadku **Umowy ubezpieczenia** na cudzy rachunek, także **Ubezpieczonego**, obowiązany jest zabezpieczyć możliwość

dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za **Szkodę**.

§ 17. Procedura reklamacyjna. Pozasądowe rozwiązywanie sporów.

1. 1) Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
 - 2) Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się zarząd Allianz lub osoba upoważniona.
 - 3) Allianz rozpatrzy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowie na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, Allianz może wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Allianz poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które podlegają ustaleniu przez Allianz, aby rozpatrzyć sprawę. Allianz określi również przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
 - 4) Allianz odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem Allianz odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
 - 5) Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym znajdują się na stronie internetowej Allianz pod adresem www.allianz.pl oraz w jednostkach obsługujących klientów.
 - 6) Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- 1) Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
 - 2) Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody.) Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
 - 3) W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z Allianz za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 18. Postanowienia końcowe

1. 1) 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**.
- 2) 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**.

2.
 - 1) Administratorem **Danych osobowych** zbieranych w związku z zawarciem i wykonaniem **Umowy ubezpieczenia** jest Allianz.
 - 2) Pełna treść klauzuli informacyjnej opisującej zasady **Przetwarzania** przez Allianz **Danych osobowych** jest przekazywana na etapie zbierania danych. Informacje te dostępne są dla wszystkich także na stronie internetowej: www.allianz.pl
3. W tych O.W.U. oraz Załącznikach nr 1 i 2 zastosowanie znajdują następujące skrócone nazwy aktów prawnych:
 1. Dyrektywa środowiskowa – Dyrektywa 2004/35/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 21 kwietnia 2004 w sprawie odpowiedzialności za środowisko w odniesieniu do zapobiegania i zaradzania szkodom wyrządzonym środowisku naturalnemu (Dz.Urz.UE.L Nr 143, str. 56).
 2. Kodeks karny – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).
 3. Kodeks postępowania cywilnego – Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.).
 4. Kodeks postępowania karnego – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555 z późn. zm.).
 5. Prawo geologiczne i górnicze – Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz.U. Nr 163, poz. 981 z późn. zm.).
 6. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi – Ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. Nr 153, poz. 1270 z późn. zm.).
 7. Prawo pocztowe – Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz.U. z 2012 r. poz. 1529 z późn. zm.).
 8. Ustawa o kosztach sądowych w sprawach cywilnych – Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. Nr 167, poz. 1398 z późn. zm.).
 9. Ustawa o prawach konsumenta – Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U. z 2014 r. poz. 827 z późn. zm.).
 10. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii – Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.).
 11. Ustawa o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – Ustawa z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz.U. z 2016 r. poz. 1823 z późn. zm.).
 12. Ustawa wypadkowa – Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. Nr 199, poz. 1673 z późn. zm.).
4. O.W.U. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 43/2024 i mają zastosowanie dla Umów ubezpieczenia zawartych od dnia 16 marca 2024 roku.

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000028261, NIP 525-15-65-015, REGON 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 457 110 000 złotych (wpłacony w całości).

Klauzule dodatkowe do Umowy ubezpieczenia

Klauzula nr 1

Włączenie odpowiedzialności za Szkody powstałe poza terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego, z wyłączeniem terytorium USA, Kanady i ich terytoriów zależnych

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 1) lit. a. O.W.U., na mocy niniejszej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody** powstałe poza terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego, jednak z wyłączeniem **Szko**d powstałych na terytorium USA, Kanady i ich terytoriach zależnych.
2. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w tej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączona na mocy pozostałych postanowień tych O.W.U. oraz dodatkowo za **Szkody** powstałe w związku z posiadaniem lub wynajmowaniem lokali służących do prowadzenia działalności lub na potrzeby przedstawicielstwa lub oddziału.

Klauzula nr 2

Włączenie odpowiedzialności za Szkody powstałe na terytorium USA, Kanady i ich terytoriach zależnych

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 1) lit. b. O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody** powstałe na terytorium USA, Kanady i ich terytoriach zależnych.
2. W razie **Szko**d powstałych na terytorium USA, Kanady i ich terytoriów zależnych, koszty wynagrodzenia ekspertów, koszty zastępstwa procesowego lub koszty sądowe określone w § 9 ust. 3 O.W.U. pokrywane są w ramach **Sumy gwarancyjnej**.
3. W odniesieniu do odpowiedzialności przyjętej na podstawie tej klauzuli wprowadza się **Franszyzę redukcijną** w wysokości 15 000 USD lub jej równowartości w złotych (równowartość ta liczona jest według kursu opublikowanego przez Narodowy Bank Polski w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia **Szko**dy) dla każdego **Wypadku ubezpieczeniowego**.
4. Ubezpieczenie nie obejmuje odpowiedzialności cywilnej **Ubezpieczonego** za wyodrębnioną i samodzielną organizacyjnie część działalności gospodarczej wykonywaną na terytorium USA, Kanady lub ich terytoriach zależnych, w szczególności w formie oddziału.
5. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w tej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączona na mocy pozostałych postanowień tych O.W.U. oraz dodatkowo za **Szkody**:
 - 1) powstałe w związku z posiadaniem lub wynajmowaniem lokali służących do prowadzenia działalności lub na potrzeby przedstawicielstwa lub oddziału;
 - 2) związane z wypadkami przy pracy **Pracowników**.

Klauzula nr 3

Włączenie odpowiedzialności za Szkody rzeczowe w rzeczach ruchomych będących przedmiotem umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innej umowy uprawniającej Ubezpieczonego do korzystania z rzeczy

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 2) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody rzeczowe** w rzeczach ruchomych wykorzystywanych przez **Ubezpieczonego** w prowadzonej działalności, a będących przedmiotem umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innej umowy uprawniającej **Ubezpieczonego** do korzystania z rzeczy.
2. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w tej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączona na mocy pozostałych postanowień tych O.W.U. oraz dodatkowo za **Szkody**:
 - 1) które są następstwem normalnego zużycia lub przeciążenia rzeczy;
 - 2) w wyrobach ze szkła, terakoty, ceramiki lub tworzyw sztucznych, chyba że stanowią część składową rzeczy, o których mowa w ust. 1;

- 3) w pojazdach mechanicznych lub ich wyposażeniu, a także w rzeczach w nich pozostawionych;
- 4) w sprzęcie elektronicznym lub komputerowym.

Klauzula nr 4

Włączenie odpowiedzialności za Szkody rzeczowe w rzeczach ruchomych znajdujących się w pieczy, pod dozorem lub kontrolą Ubezpieczonego, w szczególności udostępnionych lub przekazanych Ubezpieczonemu w celu wykonania umowy.

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 3) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody rzeczowe** w rzeczach ruchomych znajdujących się w jego pieczy, pod dozorem lub kontrolą, a także w rzeczach udostępnionych lub przekazanych **Ubezpieczonemu** w celu wykonania umowy w ramach działalności gospodarczej prowadzonej przez **Ubezpieczonego**.
2. Z zachowaniem postanowienia § 3 ust. 25 O.W.U., na potrzeby tej klauzuli przez **Szkodę rzeczową** rozumie się także utratę rzeczy na skutek kradzieży z wtamaniem lub rozboju w rozumieniu przepisów Kodeksu karnego.
3. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w momencie faktycznego przyjęcia rzeczy przez **Ubezpieczonego** i trwa aż do chwili jej faktycznego zwrócenia osobie uprawnionej.
4. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w niniejszej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączona na mocy pozostałych postanowień tych O.W.U., oraz dodatkowo za **Szkody**:
 - 1) w rzeczach, z których **Ubezpieczony** korzysta na podstawie umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia;
 - 2) wyrządzonych w związku z przeprowadzaniem jazd próbnych powyżej 20 km od miejsca wykonywania **Usługi**;
 - 3) polegające na zaginięciu, podmianie, brakach inwentarzowych mienia wynikających z poświadczenia nieprawdy, umyślnego wprowadzenia w błąd lub podstęp, wymuszenia, szantażu,
 - 4) wynikające z niszczenia, usuwania, ukrywania, przerabiania lub podrobiania dokumentów;
 - 5) powstałe na skutek kradzieży z wtamaniem do pojazdów mechanicznych lub kradzieży ich wyposażenia, a także rzeczy w nich pozostawionych, z zastrzeżeniem, że wyłączenia tego nie stosuje się, jeżeli miejsce, w którym znajduje się pojazd spełnia łącznie poniższe warunki:
 - a. jest objęte stałym dozorem fizycznym lub całodobowym monitoringiem umożliwiający podgląd miejsca postoju pojazdu oraz późniejsze odtworzenie zapisu kamer;
 - b. pomieszczenie lub plac są ogrodzone, a po zachodzie Słońca także oświetlone.
5. W razie utraty rzeczy w wyniku kradzieży z wtamaniem lub rozboju **Ubezpieczający**, a w przypadku gdy wiedział o zawarciu **Umowy ubezpieczenia** na jego rachunek, także **Ubezpieczony** zobowiązani są zawiadomić Policję o zajściu **Wypadku ubezpieczeniowego**, nie później niż w ciągu 24 godzin od chwili dowiedzenia się o kradzieży z wtamaniem lub rozboju. W przypadku niedopełnienia wskazanego obowiązku Allianz może ograniczyć wysokość wypłaconego świadczenia, o ile niedopełnienie obowiązku przez **Ubezpieczonego** skutkowało zwiększeniem rozmiaru **Szko**dy.

Klauzula nr 5

Włączenie odpowiedzialności za Szkody osobowe wynikające z wypadku przy pracy w rozumieniu Ustawy wypadkowej lub Szkody rzeczowe wyrządzone Pracownikiem Ubezpieczonego w związku z wykonywaniem obowiązków na jego rzecz

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 4) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody osobowe** wynikające z wypadku przy pracy w rozumieniu Ustawy wypadkowej oraz **Szkody rzeczowe** wyrządzone **Pracownikiem Ubezpieczonego** powstałe na skutek wykonywania obowiązków na rzecz i pod kierownictwem **Ubezpieczonego**.
2. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w niniejszej klauzuli za **Szkody**:

- 1) za które jego odpowiedzialność jest wyłączona na mocy pozostałych postanowień tych O.W.U.;
- 2) **rzeczowe** w pojazdach mechanicznych wykorzystywanych przez **Pracowników Ubezpieczonego** lub ich **Osoby bliskie** na podstawie prawa własności, umowy najmu, leasingu, użyczenia lub innej umowy uprawniającej **Ubezpieczonego** do korzystania z rzeczy.
3. Allianz nie obejmuje również zakresem świadczeń przysługujących **Poszkodowanemu** na podstawie przepisów Ustawy wypadkowej, a także roszczeń regresowych jakiegokolwiek instytucji publicznej zobowiązanej do wypłaty tego rodzaju świadczeń.
3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zarówno ośrodki badawcze prowadzące badania, jak również badaczy, o ile podmioty te zostały wskazane w **Umowie ubezpieczenia**.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu odpowiedzialności cywilnej **Ubezpieczonego** określona w ust. 1 nie jest udzielana w zakresie, w jakim – zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa – **Wypadek ubezpieczeniowy** winien być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach właściwego obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Klauzula nr 6

Włączenie odpowiedzialności za Szkody osobowe lub Szkody rzeczowe powstałe na skutek emisji, wycieku, uwalniania się lub innej formy przedostania się do powietrza, wody lub gruntu Substancji niebezpiecznych

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 5) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** z tytułu:
 - 1) **Szkieł osobowych i Szkieł rzeczowych** powstałych na skutek emisji, wycieku, uwalniania się lub innej formy przedostania się do powietrza, wody lub gruntu jakiegokolwiek **Substancji niebezpiecznych**;
 - 2) kosztów usunięcia, neutralizacji lub oczyszczania gleby z **Substancji niebezpiecznej**, poniesionych przez **Poszkodowanych**.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie tej klauzuli istnieje, o ile **Szkody** i koszty są spowodowane przez zdarzenie nagłe, niespodziewane i niezależne od woli **Ubezpieczonego** lub osób, za które ponosi on odpowiedzialność.
3. Roszczenia z tytułu ryzyk określonych w tej klauzuli **Ubezpieczający**, a w przypadku gdy wiedział o zawarciu **Umowy ubezpieczenia** na jego rachunek, także **Ubezpieczony**, zobowiązani są zgłaszać do Allianz niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od chwili dowiedzenia się o emisji, wycieku lub innej formie przedostania się do powietrza, wody lub gruntu **Substancji niebezpiecznych**. W przypadku niedopełnienia wskazanego obowiązku Allianz może ograniczyć wysokość wypłacanego świadczenia, o ile niedopełnienie obowiązku przez **Ubezpieczonego** skutkowało zwiększeniem rozmiaru **Szkody**.
4. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w tej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączona na mocy pozostałych postanowień O.W.U., oraz dodatkowo za **Szkody**:
 - 1) w postaci kosztów badania, monitorowania lub kontroli zanieczyszczenia środowiska lub **Substancji niebezpiecznych**;
 - 2) w postaci kosztów usuwania **Substancji niebezpiecznych** z nieruchomości, która jest własnością **Ubezpieczonego** albo pozostaje w jego w posiadaniu lub pieczy na podstawie innego tytułu prawnego, chyba że było to celowe dla zmniejszenia **Szkieł** wyrządzonych **Poszkodowanym**;
 - 3) w postaci kosztów eksploatacji gruntów lub obiektów przeznaczonych do przetwarzania, modyfikacji, czasowego albo stałego składowania lub unieszkodliwiania odpadów lub substancji żużliwych;
 - 4) spowodowane działaniami prowadzonymi pod ziemią, które skutkowały naruszeniem, uszkodzeniem lub zniszczeniem substancji naturalnie znajdujących się pod ziemią, w szczególności wody, ropy naftowej i gazu;
 - 5) powstałe na terytorium USA, Kanady i ich terytoriów zależnych bez względu na rozszerzenie zakresu terytorialnego ochrony ubezpieczeniowej (włączenie Klauzul nr 1 lub 2).

Klauzula nr 7

Włączenie odpowiedzialności za Szkody osobowe lub Szkody rzeczowe wyrządzone w związku z zastosowaniem eksperymentalnych metod leczenia lub rehabilitacji

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 6) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody osobowe** lub **Szkody rzeczowe**, które powstały w związku z zastosowaniem metod leczenia lub rehabilitacji o niepotwierdzonej skuteczności lub bezpieczeństwie (eksperymentalne metody leczenia lub rehabilitacji).
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie **Ubezpieczonego** lub współubezpieczonych wskazanych w **Umowie ubezpieczenia**, do której ta klauzula ma zastosowanie.

Klauzula nr 8

Rozszerzenie odpowiedzialności za Szkody poniesione przez Poszkodowanego w związku z Wprowadzeniem przez Ubezpieczonego Produktu do obrotu

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 7) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody** poniesione:
 - 1) z powodu wadliwości **Produktu końcowego**, powstającego w wyniku połączenia lub zmieszania **Produktów** dostarczonych przez **Ubezpieczonego** z innymi **Produktami**;
 - 2) z powodu wadliwości **Produktów**, które zostały wytworzone, poddane obróbce lub przetworzone za pomocą maszyn, urządzeń (także urządzeń z zakresu techniki sterowania, pomiaru i automatyki oraz form i narzędzi) i ich części wyprodukowanych, dostarczonych, montowanych lub konserwowanych przez **Ubezpieczonego**;
 - 3) w związku z dalszym przetworzeniem lub dalszą obróbką wadliwych **Produktów** dostarczonych przez **Ubezpieczonego** bez ich łączenia lub mieszania z innymi **Produktami**, jeżeli **Produkt końcowy** powstający w wyniku przetworzenia lub dalszej obróbki wadliwego **Produktu** nie może być sprzedany lub może być sprzedany tylko po obniżonej cenie.
2. W rozumieniu tej klauzuli za chwilę zajścia **Wypadku ubezpieczeniowego** uznaje się moment:
 - 1) połączenia lub zmieszania po raz pierwszy wadliwego **Produktu** z innymi rzeczami w odniesieniu do zakresu wskazanego w ust. 1 pkt 1);
 - 2) wytworzenia, poddania obróbce lub przetworzenia **Produktu** po raz pierwszy w odniesieniu do zakresu wskazanego w ust. 1 pkt 2);
 - 3) dalszego przetworzenia lub dalszej obróbki wadliwego **Produktu** w odniesieniu do zakresu wskazanego w ust. 1 pkt 3).
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie:
 - 1) **Szkody** poniesione przez **Poszkodowanego** na skutek utraty wartości **Produktu końcowego**;
 - 2) koszty poniesione przez **Poszkodowanego** na wytworzenie **Produktu końcowego**;
 - 3) koszty poniesione przez **Poszkodowanego** na dalszą obróbkę lub przetworzenie **Produktów** dostarczonych przez **Ubezpieczonego** w celu wytworzenia **Produktu końcowego**;
 - 4) koszty poniesione w celu usunięcia wady z **Produktu końcowego**, z zastrzeżeniem że nie mogą być one wyższe niż całkowite koszty wytworzenia **Produktu końcowego** wolnego od wad a Allianz pomniejszy świadczenie o część kosztów, która odpowiada stosunkowi ceny dostarczonego wadliwego **Produktu** do kosztów wytworzenia **Produktu końcowego** wolnego od wad;
 - 5) koszty stanowiące różnicę pomiędzy kosztami poniesionymi przez **Poszkodowanego** w celu wytworzenia **Produktu końcowego** a ceną jego sprzedaży, jeżeli sprzedaż **Produktu końcowego** możliwa jest wyłącznie po cenie niższej niż wartość nakładów poniesionych na jego wytworzenie;
 - 6) koszty wytworzenia **Produktu końcowego** jeżeli nie może być on sprzedany lub może być sprzedany tylko po obniżonej cenie, z zastrzeżeniem, że w odniesieniu do utraconych korzyści wynikających z niemożliwości sprzedaży **Produktu końcowego** lub jego sprzedaży wyłącznie po obniżonej cenie Allianz pomniejszy świadczenie o część kosztów, która odpowiada stosunkowi ceny dostarczonego wadliwego **Produktu** do kosztów wytworzenia **Produktu końcowego** wolnego od wad.
4. Allianz pokryje także koszty poniesione przez **Poszkodowanego**:
 - 1) na poszukiwanie wadliwych **Produktów** pochodzących od **Ubezpieczonego**, łącznie z kosztami identyfikacji i rozdzielania wadliwych od niewadliwych **Produktów** lub **Produktów końcowych**;
 - 2) w związku z utylizacją wadliwego **Produktu końcowego** z zastrzeżeniem, że Allianz pomniejszy świadczenie o część kosztów, która odpowiada stosunkowi ceny dostarczonego wadliwego **Produktu** do kosztów wytworzenia **Produktu końcowego** wolnego od wad;

- 3) w związku ze składowaniem wadliwego **Produktu** lub **Produktu końcowego** zawierającego wadliwy **Produkt** przez okres niezbędny, lecz nie dłuższy niż 90 dni.
5. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w tej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączone na mocy pozostałych postanowień O.W.U. oraz dodatkowo za **Szkody**:
 - 1) wynikające z opóźnień w dostawie lub płatności;
 - 2) wynikające z nieosiągnięcia spodziewanego zysku, w tym również na skutek spadku przychodów ze sprzedaży rzeczy nie zawierających wadliwego **Produktu**;
 - 3) obejmujące koszty naprawienia lub udoskonalenia samego wadliwego **Produktu**;
 - 4) wyrządzone podmiotom powiązanym kapitałowo;
 - 5) obejmujące koszty wytworzenia lub zakupu wadliwego **Produktu**.
6. W zakresie objętym tą klauzulą nie stosuje się wyłączenia roszczeń wynikających z przepisów o rękojmi za wady towaru i gwarancji jakości zawartego w § 7 ust. 1 O.W.U.

Klauzula nr 9

Rozszerzenie odpowiedzialności o koszty poniesione przez Poszkodowanego na usunięcie, demontaż lub odstonięcie wadliwych Produktów po raz pierwszy oraz na montaż Produktów wolnych od wad

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 8) O.W.U., na mocy tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za koszty poniesione przez **Poszkodowanego** na usunięcie, demontaż lub odstonięcie wadliwych **Produktów** po raz pierwszy oraz na montaż **Produktów** wolnych od wad.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następujące koszty poniesione przez **Poszkodowanego** w celu zastąpienia wadliwego **Produktu** innym wolnym od wad:
 - 1) koszty wyszukania wadliwego **Produktu** lub jego usunięcia;
 - 2) koszty zamontowania **Produktu** wolnego od wad z wyłączeniem kosztów zakupu tego **Produktu**;
 - 3) koszty podróży, diet, noclegów i wynagrodzenia za prace w godzinach nadliczbowych;
 - 4) koszty rusztowań, dźwigów lub innych maszyn, urządzeń lub narzędzi budowlanych.
3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielona w ramach tej klauzuli obejmuje wyłącznie koszty i **Szkody** spowodowane przez **Produkty Wprowadzone do obrotu** w okresie ubezpieczenia.

4. W rozumieniu niniejszej klauzuli za chwilę zajścia **Wypadku ubezpieczeniowego** uznaje się moment zamontowania wadliwego **Produktu** po raz pierwszy. W przypadku, gdy momentu zamontowania wadliwego **Produktu** nie da się jednoznacznie ustalić, za chwilę zajścia **Wypadku ubezpieczeniowego** przyjmuje się moment ujawnienia się lub wykrycia wadliwości **Produktu** po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia.
5. W sytuacji, gdy wymontowanie wadliwego **Produktu** nie jest możliwe lub gdy koszty wymiany przewyższałyby wartość **Produktu** wolnego od wad, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje koszty zastosowania innego środka mającego na celu zapobieżenie następstwom wady. Wyłączenia zawartego w § 7 ust. 1 O.W.U. nie stosuje się.
6. Allianz nie odpowiada w zakresie wskazanym w tej klauzuli za **Szkody**, za które jego odpowiedzialność jest wyłączone na mocy pozostałych postanowień O.W.U., oraz dodatkowo za **Szkody**, które:
 - 1) wyniknęły z sytuacji, w których **Ubezpieczony** sam zainstalował lub zamontował wadliwy **Produkt** lub też zlecił jego montaż czy instalację we własnym imieniu i na własny rachunek;
 - 2) powstały na skutek zakupu lub wytworzenia **Produktu** wolnego od wad, w tym także cła i kosztów jego transportu do poszkodowanej **Osoby trzeciej**;
 - 3) zostały wyrządzone przez wadliwy **Produkt** stanowiący część składową pojazdów samochodowych, urządzeń oraz statków pływających, powietrznych i kosmicznych, chyba że **Ubezpieczony** nie wiedział ani przy dołożeniu należytej staranności nie mógł dowiedzieć się, że jego **Produkty** są wykorzystywane do takich celów.

Klauzula nr 10

Wyłączenie odpowiedzialności za Szkody rzeczowe lub Szkody osobowe wyrządzone przez dostarczoną lub wyprodukowaną energię oraz Szkody wynikłe z niedostarczenia energii lub dostarczenia energii o parametrach innych niż uzgodnione

1. Inaczej niż stanowi § 8 ust. 3 pkt 9) O.W.U., na podstawie tej klauzuli włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność **Ubezpieczonego** za **Szkody rzeczowe** lub **Szkody osobowe** wyrządzone przez dostarczoną lub wyprodukowaną przez niego energię lub wynikłe z niedostarczenia energii lub dostarczenia energii o parametrach innych niż uzgodnione.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje **Szkód** powstałych na skutek produkcji, dystrybucji lub innego wykorzystania energii jądrowej.

Klauzula kosztów ochrony prawnej

1. Na podstawie tej klauzuli ustala się, że ochroną ubezpieczeniową objęte są koszty pomocy prawnej na rzecz ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego, pod warunkiem że są one związane z prowadzoną działalnością gospodarczą oraz posiadaniem mienia, oraz jeżeli wypadek powodujący konieczność uzyskania pomocy prawnej przez Ubezpieczonego nastąpił w okresie ubezpieczenia.
2. Przez użyte w treści klauzuli określenie wynagrodzenie adwokata lub radcy prawnego należy rozumieć wynagrodzenie jednego adwokata lub radcy prawnego z tytułu zastępstwa procesowego lub obrony pokrywane do wysokości ustalonej zgodnie z odpowiednimi przepisami regulującymi wysokość minimalnego wynagrodzenia za czynności adwokata lub radcy prawnego. W przypadku braku takich przepisów stosuje się odpowiednio przepisy stanowiące podstawę do zasądzania przez sądy kosztów zastępstwa prawnego lub obrony dla adwokata lub radcy prawnego. W przypadku braku również takich przepisów stosuje się odpowiednio przepisy regulujące zasady ponoszenia przez państwo (Skarb Państwa) kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu. W każdym przypadku wynagrodzenie adwokata lub radcy prawnego z tytułu zastępstwa prawnego lub obrony ustala się w wysokości nie wyższej niż dla adwokata lub radcy prawnego mającego siedzibę w miejscowości, w której znajduje się siedziba sądu właściwego miejscowo i rzeczowo do orzekania w sprawie w I instancji.
3. Ochroną ubezpieczeniową objęte są wyłącznie koszty ochrony prawnej dla szkód wynikających z prowadzonej działalności gospodarczej i posiadanego mienia, które powstały na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Suma ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej wynosi 30 000 zł i stanowi górną granicę odpowiedzialności Allianz na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia. Koszt ubezpieczenia wynosi 30 zł.
5. Zakres ubezpieczenia obejmuje udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego w postaci refundacji kosztów pomocy prawnej na rzecz ochrony interesów prawnych zagwarantowanych w niniejszej klauzuli.
6. Pomoc prawna, o której mowa w ust. 5, obejmuje refundację kosztów koniecznych dla:
 - 1) dochodzenia roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych;
 - 2) obrony przed roszczeniami odszkodowawczymi osób trzecich z tytułu czynów niedozwolonych.
7. Allianz zobowiązuje się w zakresie wskazanym w ust. 6 zrefundować koszty ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego, o ile będą one niezbędne do reprezentowania jego zasadnych interesów prawnych, a mianowicie:
 - 1) koszty procesu sądowego przed sądem powszechnym, w tym:
 - a) wynagrodzenie jednego adwokata lub radcy prawnego;
 - b) koszty sądowe wszystkich instancji;
 - c) koszty zasądzone od Ubezpieczonego na rzecz strony przeciwnej (w tym również koszty zasądzone przez sąd z tytułu udziału w postępowaniu karnym oskarżyciela posiłkowego);
 - 2) koszty postępowania egzekucyjnego w zakresie maksymalnie trzech dowolnie wybranych przedmiotów egzekucji, podjętego na podstawie jednego tytułu wykonawczego w stosunku do tego samego podmiotu, w wysokości nie większej niż 10 000 zł łącznie (podlimit sumy ubezpieczenia);
 - 3) koszty postępowania sądu polubownego aż do zakończenia postępowania o stwierdzenie wykonalności wyroku sądu polubownego, do wysokości 100% kosztów sądowych, które by powstały przed właściwym sądem powszechnym I instancji.
8. W ramach umowy ubezpieczenia, poza świadczeniami wymienionymi w ust. 7, Allianz organizuje i pokrywa koszty świadczenia przez Centrum Informacji Prawnej usług informacyjnych, polegających na udzielaniu pomocy prawnej przez prawników, pod numerem telefonu wskazanym w polisie, w zakresie:
 - 1) udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) praw i obowiązków związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, przy czym w tym wypadku usługa nie musi dotyczyć wypadków, które zaistniały w okresie ubezpieczenia;
 - 3) informowanie Ubezpieczonych o procedurze prawnej prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony swoich praw;
 - 4) informowanie o kosztach prowadzenia sporów prawnych;
 - 5) przysyłanie aktualnych oraz historycznych aktów prawnych;
 - 6) udzielanie informacji teleadresowych o sądach, prawnikach, notariuszach.
9. W zależności od charakteru zgłaszanego problemu – sprawa jest załatwiana:
 - 1) na bieżąco podczas rozmowy telefonicznej (informacja prawna);
 - 2) poprzez sporządzenie opinii prawnej lub zaopiniowanie dokumentu prawnego i przesłanie dokumentu lub opinii Ubezpieczonemu e-mailem bądź faksem (opinia prawna);
 - 3) poprzez przesłanie dokumentów (przesyłanie tekstów aktualnych i historycznych aktów prawnych; wzorów pism i umów, informacje teleadresowe dotyczące sądów, prokuratur, kancelarii itp.).
10. Wypadkiem ubezpieczeniowym uzasadniającym żądanie przez ubezpieczonego udzielenia świadczenia przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych oraz w ramach obrony przed roszczeniami osób trzecich z tytułu czynów niedozwolonych jest powstanie szkody skutkującej powstaniem roszczenia, przy czym za moment powstania wypadku ubezpieczeniowego uważa się dzień powstania szkody.
11. Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje obrony interesów prawnych:
 - 1) pozostających w bezpośrednim lub pośrednim związku z działaniami wojennymi, niepokojami społecznymi, rozruchami, strajkami, lokautem i trzęsieniami ziemi;
 - 2) pozostających w bezpośrednim lub pośrednim związku ze szkodami nuklearnymi wywołanymi przez reaktory jądrowe albo ze szkodami genetycznymi spowodowanymi promieniowaniem radioaktywnym, jeśli szkody te nie zostały spowodowane wskutek opieki medycznej;
 - 3) z zakresu prawa handlowego, prawa spółek handlowych, umów agencyjnych, prawa funduszy inwestycyjnych, prawa obligacji, papierów wartościowych, prawa spółdzielczego i prawa dotyczącego spółdzielni mieszkaniowych, prawa o stowarzyszeniach i związkach zawodowych oraz z zakresu zbiorowego prawa pracy i zbiorowego prawa regulującego status urzędników państwowych i samorządowych;
 - 4) wynikających z umów o pracę lub innych stosunków prawnych dotyczących pełnienia funkcji członków ustawowych organów osób prawnych;
 - 5) z zakresu prawa patentowego, autorskiego, znaków towarowych, pozostałego prawa własności intelektualnej i przemysłowej, prawa ochrony konkurencji (antymonopolowego) oraz prawa dotyczącego zasad konkurencji;
 - 6) pozostającymi w związku z grą i zakładem oraz transakcjami terminowymi i spekulacyjnymi;
 - 7) z umów poręczenia i przejęcia długów;
 - 8) z zakresu prawa budowlanego oraz pozostających w związku z:
 - a) nabyciem albo zbyciem nieruchomości przeznaczonych pod zabudowę;
 - b) planowaniem, projektowaniem lub budową budynku albo części budynku, które są własnością lub znajdują się w posiadaniu **Ubezpieczonego** albo też **Ubezpieczony** zamierza je nabyć lub objąć w posiadanie;
 - c) przebudową nieruchomości, budynku lub części budynku, jeśli do jej dokonania konieczne jest uzyskanie jakichkolwiek zezwoleń lub pozwoleń, a nieruchomość, budynek lub część budynku są własnością lub znajdują się w posiadaniu **Ubezpieczonego** albo też **Ubezpieczony** zamierza je nabyć lub objąć w posiadanie;
 - d) finansowaniem przedsięwzięć określonych w punktach a)-c);
 - 9) z zakresu prawa górniczego i geologicznego, w szczególności w związku ze szkodami na nieruchomościach, spowodowanymi ruchem zakładu górniczego;
 - 10) z zakresu prawa podatkowego, celnego oraz dotyczącego innych opłat publicznoprawnych, a także prawa karnego skarbowego;
 - 11) z zakresu prawa prasowego i prawa ochrony danych osobowych;
 - 12) w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym, sądami konstytucyjnymi oraz trybunałami międzynarodowymi, chyba że postępowanie dotyczy obrony interesów prawnych

- pracowników organizacji międzynarodowych w zakresie stosunków pracy albo publicznoprawnych stosunków zatrudnienia;
- 13) w związku z postępowaniem układowym, naprawczym albo upadłościowym, które zostało albo ma zostać wszczęte;
 - 14) w związku z planem zagospodarowania przestrzennego, podziałem, scalaniem i wywłaszczaniem nieruchomości oraz prywatyzacją, reprivatyzacją i innymi przekształceniami własnościowymi o podobnym charakterze;
 - 15) jeżeli koszty obrony tych interesów prawnych są pokryte z innej umowy ubezpieczenia, zawartej na wcześniejszy lub późniejszy okres ubezpieczenia;
 - 16) w związku z posiadaniem pojazdów mechanicznych;
12. We wszystkich sprawach wyłączonych z zakresu Ubezpieczenia istnieje możliwość skorzystania z usługi informacji prawnej.
13. **Ubezpieczony**, który zamierza skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, zobowiązany jest:
- 1) niezwłocznie poinformować w drodze pisemnej Allianz o zaistnieniu wypadku ubezpieczeniowego i jego okolicznościach, przekazując wszelkie informacje, dokumenty, dowody i korespondencję;
 - 2) podjąć aktywną współpracę z Allianz w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności i przyczyn postania szkody oraz ustalenia jej rozmiaru, w tym udzielać wszelkich wyjaśnień o stanie sprawy na żądanie Allianz.
14. **Ubezpieczony** zobowiązany jest:
- 1) na uzasadnione żądanie Allianz przed wystąpieniem na drogę postępowania sądowego przeprowadzić przedsądowe postępowanie, zmierzające do korzystnego dla Ubezpieczonego zakończenia sprawy;
 - 2) na uzasadnione żądanie Allianz złożyć tylko zastrzeżenie do próby ugodowej albo powództwo częściowe i wstrzymać się z dochodzeniem pozostałych roszczeń do momentu uprawnienia się orzeczenia co do części roszczenia;
 - 3) wstrzymać się od dochodzenia swoich roszczeń na drodze sądowej do czasu prawomocnego zakończenia się toczącego się już innego postępowania sądowego, chyba że zwłoka mogłaby doprowadzić do przedawnienia roszczenia przez Ubezpieczonego;
 - 4) nie zawierać ugody bez uzyskania uprzedniej pisemnej akceptacji Allianz na jej zawarcie i warunki. W szczególności warunki ugody nie mogą nakładać na **Ubezpieczonego** obowiązku poniesienia kosztów wyższych niż wynikałoby to z orzeczenia sądu w takim zakresie.
15. W razie konieczności skorzystania z informacji prawnej **Ubezpieczony** powinien skontaktować się z Centrum Informacji Prawnej, dzwoniąc pod numer telefonu czynny od poniedziałku do piątku, w godzinach 9.00-17.00: +48 22 568-98-98, wysyłając faks +48 22 568-98-99 lub pisząc na podany adres e-mail: lex@corislex.pl, podając co najmniej następujące dane:
- 1) imię, nazwisko i adres zamieszkania, numer polisy;
 - 2) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z Ubezpieczonym;
 - 3) krótki opis zaistniałego wypadku ubezpieczeniowego i rodzaj koniecznej pomocy.
16. **Ubezpieczony** zobowiązany jest do współdziałania z Centrum Informacji Prawnej w zakresie niezbędnym do realizacji zobowiązania, w tym do przekazania pełnej informacji koniecznej do udzielenia pomocy prawnej i jeżeli będzie to wymagane z uwagi na istniejący stan prawny lub faktyczny – kopii posiadanej dokumentacji.
17. **Ubezpieczonemu** przysługuje prawo swobodnego wyboru adwokata lub radcy prawnego w zakresie obrony, reprezentowania lub wspierania jego interesów w postępowaniu sądowym lub administracyjnym. W przypadku gdy ze zgłoszeniem wypadku ubezpieczeniowego **Ubezpieczony** nie wskazał imiennie żadnego adwokata lub radcy prawnego, a wymagane jest niezwłoczna reprezentacja adwokata lub radcy prawnego dla ochrony prawnych interesów **Ubezpieczonego**, Allianz jest uprawniony do wyboru w imieniu **Ubezpieczonego** adwokata lub radcy prawnego. W przypadkach określonych powyżej **Ubezpieczony** udzieli wskazanemu przez Allianz adwokatowi lub radcy prawnemu stosownego pełnomocnictwa.
18. **Ubezpieczony** jest zobowiązany w pełnomocnictwie udzielonym adwokatowi lub radcy prawnemu zobowiązać adwokata lub radcę prawnego do bieżącego informowania Allianz o rozwoju sprawy.
19. Za wykonanie zlecenia adwokat lub radca prawny ponosi w stosunku do **Ubezpieczonego** bezpośrednią odpowiedzialność.
20. W ramach udzielonej ochrony Allianz dokonuje oceny sytuacji faktycznej i prawnej oraz podejmuje decyzję o uznaniu lub nie uznaniu roszczenia Ubezpieczonego i wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia.
21. Allianz może odmówić uznania swojej odpowiedzialności, wskazując okoliczności lub podstawy prawne jej braku, albo jeśli uzna, że nie ma szansy korzystnego dla Ubezpieczonego załatwienia sprawy, bądź też jeżeli obrona interesów Ubezpieczonego jest sprzeczna z dobrymi obyczajami albo jej koszty pozostają w rażącej dysproporcji do zamierzonego celu. Jeżeli orzeczono w prawomocnym wyroku popełnienie przestępstwa lub wykroczenia przez Ubezpieczonego, Allianz nie bada możliwości korzystnego załatwienia sprawy.
22. Wniosek o rozpatrzenie sporu pomiędzy zakładem ubezpieczeń a **Ubezpieczonym** może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.



ALLIANZ COMMERCIAL

Ogólne warunki ubezpieczenia zysku przedsiębiorstw

Spis treści

§ 1	Postanowienia ogólne	4
§ 2	Definicje.	4
§ 3	Przedmiot ubezpieczenia	5
§ 4	Zakres ubezpieczenia.	5
§ 5	Miejsce ubezpieczenia	6
§ 6	Umowa ubezpieczenia	6
§ 7	Składka	6
§ 8	Początek i koniec odpowiedzialności Allianz	7
§ 9	Wyłączenia odpowiedzialności	7
§ 10	Suma Ubezpieczenia i limit odpowiedzialności	8
§ 11	Zasady ustalania i wypłaty odszkodowań	9
§ 12	Współzależności w ramach Grupy Kapitałowej	9
§ 13	Nakłady na ograniczenie utraty Zysku Brutto i koszty dodatkowe	9
§ 14	Niedoubezpieczenie, nadubebezpieczenie	9
§ 15	Franszyza redukcyjna.	10
§ 16	Obowiązki Ubezpieczającego	10
§ 17	Postępowanie przy likwidacji Szkody skutkującej utratą Zysku Brutto	10
§ 18	Postępowanie reklamacyjne	11
§ 19	Postanowienia końcowe	11

Ogólne warunki ubezpieczenia zysku przedsiębiorstw

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ W OWUBI
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§3 ust. 1-2, §4 ust. 1-3, §5, §10, §11, §12, §13 ust. 1-2, §17 Informacje zawarte w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w §2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 2, §4 ust. 5, §5, §6 ust. 8, §7 ust. 10, §8 ust. 1, ust. 3, §9, §10, §11, §12, §14, §15, §16 ust. 4-6 Informacje zawarte w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w §2

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia zysku przedsiębiorstw, zwanych dalej „OWUBI”, Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej „Allianz”, zawiera Umowy Ubezpieczenia z Ubezpieczającymi posiadającymi zdolność do czynności prawnych.
2. Dopuszcza się możliwość wprowadzenia do Umowy Ubezpieczenia postanowień odmiennych lub dodatkowych w stosunku do wskazanych w OWUBI. W razie wprowadzenia do Umowy Ubezpieczenia postanowień odmiennych od OWUBI stosuje się postanowienia umowne.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWUBI zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia majątku przedsiębiorstw, zwanych dalej OWUMP, zatwierdzonych na mocy uchwały Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna nr 11/2022 i stanowiących w tym przedmiocie integralną część Umowy Ubezpieczenia.

§ 2 Definicje

Wskazane poniżej określenia (pisane wielką literą jak nazwy własne) użyte w OWUBI, w zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem lub wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia, oznaczają:

1. **Atak Komputerowy** – złośliwy ruch sieciowy, wprowadzenie lub uruchomienie złośliwego kodu komputerowego lub inny złośliwy atak wykorzystujący lub skierowany przeciwko systemowi komputerowemu lub sieci, w szczególności obejmujący działanie wirusów komputerowych, „koni trojańskich”, bomb czasowych lub logicznych, złośliwego oprogramowania, hackerów lub przestępców komputerowych;
2. **Akt Terroryzmu** – działania osoby, grup osób w imieniu własnym albo na zlecenie lub w powiązaniu z organizacją lub rządem, mające podłoże polityczne, religijne, etniczne, ideologiczne lub inne o podobnym charakterze, podejmowane w celu zastraszenia społeczeństwa lub jego części lub wywarcia wpływu na rząd lub inne organy władzy publicznej poprzez użycie siły, przemocy albo groźbę ich użycia;
3. **Choroba Zakaźna** – choroba, która może być przenoszona za pomocą substancji lub czynnika biologicznego z jednego organizmu na inny, przy czym:
 - 1) substancja lub czynnik biologiczny zawiera wirusy, bakterie, pasożyty lub inne organizmy żyjące lub martwe,
 - 2) mechanizm przenoszenia obejmuje między innymi drogę kropelkową, inhalacyjną, pokarmową, poprzez płyny ustrojowe, przenoszenie z lub na powierzchnię lub obiekt, ciało stałe, ciecz lub gaz, albo między organizmami,
 - 3) choroba, substancja, czynnik biologiczny zagrażają zdrowiu ludzkiemu lub dobrostanowi człowieka, lub mogą spowodować uszkodzenie, utratę lub zniszczenie, zepsucie się, utratę wartości, możliwości zbycia lub użytkowania mienia;
4. **Dane Elektroniczne i Cyfrowe** – wszelkiego rodzaju dane w formie możliwej do wykorzystania przez komputery lub inne urządzenia elektroniczne lub elektromechaniczne do przetwarzania danych, a także oprogramowanie komputerowe i wszystkie inne programowane instrukcje do przetwarzania lub manipulacji danymi w dowolnym urządzeniu;
5. **Dodatkowe Zwiększone Koszty Działalności** – uzasadnione i niezbędne koszty (stałe lub zmienne) poniesione przez Ubezpieczonego w celu ograniczenia spadku Obrotu w Okresie Odszkodowawczym, w części przekraczającej Zwiększone Koszty Działalności;
6. **Franszyza Redukcyjna** – ustalona z Ubezpieczającym wartość określona zgodnie z § 15 OWUBI, o którą Allianz zmniejsza wysokość odszkodowania;
7. **Grupa Kapitałowa** – grupa potoczonych ze sobą kapitałowo podmiotów gospodarczych składających się z jednostki dominującej oraz jednostek zależnych w rozumieniu Ustawy o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r., kontrolowanych przez jednostkę dominującą;
8. **Korzyści Ekonomiczne** – kwota uzyskanych przez Ubezpieczonego korzyści w Zysku Brutto, które pojawiły się po ustaniu Okresu Odszkodowawczego, ale jeszcze przed upływem Maksymalnego Okresu Odszkodowawczego, jako efekt działań poczynionych w celu ograniczenia utraty Zysku Brutto w Okresie Odszkodowawczym;
9. **Lokaut** – zamierzone przez pracodawcę działanie polegające na:
 - 1) zamknięciu przedsiębiorstwa;
 - 2) masowym zwolnieniu Pracowników;
 - 3) zawieszeniu wzajemnych obowiązków stron stosunku pracy; przeprowadzone w celu zmuszenia Pracowników do przyjęcia gorszych warunków pracy;
10. **Limit Ekonomiczny** – wartość Zysku Brutto faktycznie uratowanego w Okresie Odszkodowawczym wskutek poniesienia Zwiększonych Kosztów Działalności, stanowiąca iloczyn uratowanego Obrotu oraz Wskaźnika Zysku Brutto;
11. **Maksymalny Okres Odszkodowawczy** – maksymalny okres wyrażony w miesiącach, w którym Allianz będzie pokrywał utratę Zysku Brutto przez Ubezpieczonego, poczynwszy od momentu wystąpienia Szkody; długość Maksymalnego Okresu Odszkodowawczego jest ustalana w miesiącach przez Ubezpieczającego, biorąc pod uwagę rodzaj i specyfikę działalności Ubezpieczonego, w oparciu o czas, jaki przy założeniu zniszczenia całego majątku przedsiębiorstwa w miejscu ubezpieczenia byłby Ubezpieczonemu potrzebny do odtworzenia tego majątku, wznowienia działalności i przywrócenia jej do skali, w jakiej byłaby prowadzona, gdyby do Szkody nie doszło.
12. **Nieubezpieczone Koszty Zmienne** – koszty działalności operacyjnej zależne od rozmiaru produkcji, wielkości sprzedaży lub skali świadczonych usług. Należą do nich m.in. zużycie materiałów produkcyjnych (podstawowych i pomocniczych), zużycie mediów zależne od rozmiaru produkcji lub wielkości sprzedaży (pracownicze, produkcyjne, transportowe, sprzedażowe), wynagrodzenia prowizyjne z narzutami, wartość sprzedanych towarów i materiałów oraz inne koszty zależne od wielkości produkcji lub sprzedaży, takie jak składki za ubezpieczenia mienia w transporcie, ubezpieczenia kredytów, opłaty licencyjne, wynagrodzenia za wynalazki, patenty.
13. **Obrót** – przychód netto ze sprzedaży produktów (wyrobów gotowych i usług), towarów i materiałów, z uwzględnieniem opustów, rabatów i innych zwiększeń lub zmniejszeń, bez podatku od towarów i usług oraz przychód z dotacji przedmiotowych związanych z tą sprzedażą;
14. **Obrót Standardowy** – Obrót uzyskany przez Ubezpieczonego w Okresie Porównawczym, skorygowany w taki sposób, aby uwzględnił niezwiązane ze Szkodą zmiany w otoczeniu rynkowym lub działalności Ubezpieczonego, takie jak sezonowość, trendy rynkowe, tendencje rozwojowe, inflację, rozwój produktów oraz inne okoliczności i uwarunkowania mające wpływ na przebieg działalności gospodarczej Ubezpieczonego, w celu uzyskania możliwie dokładnego szacunku Obrotu, który Ubezpieczony osiągnąłby w Okresie Odszkodowawczym, gdyby Szkoła nie wystąpiła;
15. **Odpowiedzialność Dodatkowa** – wartość, o którą Suma Ubezpieczenia Zysku Brutto zostanie powiększona przy obliczaniu wysokości odszkodowania, nieprzekraczająca (jeżeli nie umówiono się inaczej) 20% Sumy Ubezpieczenia Zysku Brutto;
16. **Oferta** – oferta zawarcia Umowy Ubezpieczenia złożona Ubezpieczającemu przez Allianz;
17. **Okres Odszkodowawczy** – okres, w którym występują zakłócenia lub trwa przerwa w działalności gospodarczej Ubezpieczonego na skutek Szkody, rozpoczynający się w momencie wystąpienia Szkody i trwający tak długo, aż Szkoła przestanie wywierać ujemny wpływ na wyniki finansowe prowadzonej przez niego działalności gospodarczej z zastrzeżeniem, że okres ten nie może przekroczyć długości określonego w Umowie Ubezpieczenia Maksymalnego Okresu Odszkodowawczego, nawet jeżeli zakłócenia lub przerwa w działalności gospodarczej Ubezpieczonego na skutek Szkody trwają dalej. Jeżeli nie można obiektywnie stwierdzić momentu powstania Szkody, za taki uznaje się moment, od którego Ubezpieczony mógł ponad wszelką wątpliwość najwcześniej rozpoznać powstanie Szkody, nie później jednak niż moment, w którym pojawiła się utrata Zysku Brutto.
18. **Okres Ubezpieczenia** – wskazany w Umowie Ubezpieczenia i potwierdzony w dokumencie ubezpieczenia okres, w którym Allianz udziela ochrony ubezpieczeniowej;
19. **Okres Porównawczy** – okres odpowiadający Okresowi Odszkodowawczemu bezpośrednio poprzedzający dzień, w którym powstała Szkoła chyba, że Ubezpieczony przed jej powstaniem prowadził działalność w okresie krótszym niż długość Okresu Odszkodowawczego, wtedy jest to okres od rozpoczęcia działalności przez Ubezpieczonego do dnia wystąpienia Szkody, a do wyliczenia przyjmuje się koszty poniesione i Obrót osiągnięty w tym okresie, zwiększone proporcjonalnie, aby odzwierciedlały długość Okresu Odszkodowawczego;
20. **Osoba Trzecia** – osoba niebędąca ani Ubezpieczającym, ani Ubezpieczonym w ramach zawartej Umowy Ubezpieczenia;
21. **Pracownik** – osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę lub świadcząca pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej, z wyłączeniem osoby fizycznej, która zawarła z Ubezpieczonym umowę

- cywilnoprawną w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej; za Pracownika uważa się również stażystę, praktykanta lub wolontariusza, którym Ubezpieczony powierzył wykonywanie określonych czynności;
22. **Rozruchy** – gwałtowne wywołanie niepokojów społecznych przez grupę osób działających wspólnie przeciwko porządkowi publicznemu;
 23. **Strajk** – całkowite lub częściowe wstrzymanie pracy przez Pracowników, które ma na celu wymuszenie na pracodawcy określonych działań, albo w celu wyrażenia sprzeciwu wobec działań pracodawcy lub warunków zatrudnienia;
 24. **Suma Ubezpieczenia** – określona w Umowie Ubezpieczenia i wskazana w dokumencie ubezpieczenia maksymalna kwota, do wysokości której Allianz ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą;
 25. **Szkoda** – fizyczne zniszczenie, uszkodzenie lub utrata Ubezpieczonego Mienia powstałe w następstwie zaistnienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 26. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, zawierająca Umowę Ubezpieczenia z Allianz;
 27. **Ubezpieczenie Zewnętrzne** – sytuacja, gdy Ubezpieczone Mienie w związku z przeglądem, konserwacją, remontem, naprawą, wypożyczeniem, adaptacją lub ekspozycją znajduje się poza miejscem ubezpieczenia wymienionym w Umowie Ubezpieczenia na terytorium Polski;
 28. **Ubezpieczone Koszty Stałe** – koszty działalności operacyjnej, niezależne od rozmiaru produkcji, wielkości sprzedaży czy skali świadczonych usług obejmujące w szczególności następujące koszty: amortyzację, niezależne od wielkości produkcji lub sprzedaży zużycie materiałów, energii lub nakłady na usługi obce, wynagrodzenia zasadnicze z narzutami, podatki od nieruchomości, czynsze, abonamenty, nienaliczane na bazie Obrotu składki ubezpieczeniowe;
 29. **Ubezpieczone Mienie** – mienie ubezpieczone w ramach Umowy Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw;
 30. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, na rzecz której zawarto Umowę Ubezpieczenia;
 31. **Umowa Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw** – umowa zawarta pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie OWUMP;
 32. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWUBI i złożonego przez Ubezpieczającego Wniosku lub złożonej przez Allianz Oferty;
 33. **Wartość Ubezpieczeniowa Zysku Brutto** – wartość Zysku Brutto w ostatnim zakończonym roku obrotowym (jeżeli Ubezpieczony prowadził działalność w okresie krótszym niż 12 miesięcy, wtedy przyjmuje się Zysk Brutto osiągnięty w okresie od rozpoczęcia działalności przez Ubezpieczonego do dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia zwiększony proporcjonalnie w stosunku, w jakim 12 miesięcy ma się do tego okresu), skorygowana proporcjonalnie w taki sposób, aby odzwierciedlała długość Maksymalnego Okresu Odszkodowawczego, w następujący sposób:
 - 1) jeżeli długość Maksymalnego Okresu Odszkodowawczego wynosi mniej niż 12 miesięcy to otrzymaną wartość należy proporcjonalnie zmniejszyć w stosunku, w jakim długość Maksymalnego Okresu Odpowiedzialności ma się do 12 miesięcy;
 - 2) jeżeli długość Maksymalnego Okresu Odszkodowawczego wynosi 12 miesięcy to wartości nie powinny być korygowane,
 - 3) jeżeli długość Maksymalnego Okresu Odszkodowawczego wynosi więcej niż 12 miesięcy to otrzymaną wartość należy proporcjonalnie zwiększyć w stosunku, w jakim długość Maksymalnego Okresu Odpowiedzialności ma się do 12 miesięcy;oraz odpowiednio zmniejszona lub zwiększona, aby odpowiadała wartości Zysku Brutto, który Ubezpieczony przewiduje osiągnąć w Maksymalnym Okresie Odszkodowawczym, uwzględniając:
 - 1) tendencje rozwojowe, tj. procentowy wzrost lub spadek Zysku Brutto przewidywany w Maksymalnym Okresie Odszkodowawczym;
 - 2) najbardziej korzystny dla wyników Ubezpieczonego w Maksymalnym Okresie Odszkodowawczym scenariusz wahań Obrotu i wyników działalności operacyjnej, w tym wahań sezonowych.
 34. **Wniosek** – złożony Allianz przez Ubezpieczającego wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia sporządzony na formularzu udostępnionym przez Allianz albo w innej formie dokumentowej zaakceptowanej przez Allianz;
 35. **Wojna Cyfrowa lub Cyberterrorizm** – wrogie lub wojenne działania innego państwa lub działania osoby, grup osób w imieniu własnym albo na zlecenie lub w powołaniu z organizacją lub rządem mające podłoże polityczne, religijne, etniczne, ideologiczne lub inne

o podobnym charakterze, podejmowane przeciwko systemowi komputerowemu lub sieci komputerowej, lub groźba wykonania takich działań;

36. **Wskaźnik Zysku Brutto** – procentowy udział Zysku Brutto w wartości Obrotu dla roku obrotowego bezpośrednio poprzedzającego rok obrotowy, w którym wydarzyła się Szkoda (chyba, że Ubezpieczony prowadził działalność w ramach pierwszego roku obrotowego w okresie krótszym niż 12 miesięcy, wtedy Wskaźnik Zysku brutto ustala się za okres prowadzenia działalności przed Szkodą nie dłuższy niż 12 miesięcy), skorygowany w taki sposób, aby odzwierciedlał zmiany w otoczeniu rynkowym lub działalności Ubezpieczonego niezwiązane z przerwaniem lub zakłóceniem działalności Ubezpieczonego po Szkodzie, takie jak sezonowość, trendy rynkowe, tendencje rozwojowe, inflacja, rozwój produktów oraz inne okoliczności i uwarunkowania mające wpływ na przebieg działalności gospodarczej Ubezpieczonego, w celu uzyskania możliwie dokładnego szacunku Wskaźnika Zysku Brutto, który Ubezpieczony osiągnąłby w Okresie Odszkodowawczym, gdyby Szkoda nie wystąpiła;
37. **Zamieszki społeczne** – gwałtowne wywołanie niepokojów społecznych o dużej skali przez znaczną liczbę osób działających razem z zamiarem zakłócenia porządku publicznego;
38. **Zaoszczędzone Koszty Działalności** – koszty stałe działalności operacyjnej, których Ubezpieczony nie poniósł lub poniósł w zmniejszonej wysokości w konsekwencji przerwania lub zakłócenia działalności po Szkodzie, oraz ta część zmiennych kosztów działalności operacyjnej, o którą koszty poniesione w Okresie Odszkodowawczym zmniejszyły się w stosunku do kosztów, które były ponoszone w Okresie Porównawczym na osiągnięcie takiego samego Obrotu;
39. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – nieprzewidziane, nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie losowe skutkujące Szkodą;
40. **Złe Długi** – wierzytelności, których nieściągalność została uprawdopodobniona, o których mowa w art. 89a ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług;
41. **Zwiększone Koszty Działalności** – uzasadnione i niezbędne koszty (stałe lub zmienne) nieprzekraczające Limitu Ekonomicznego poniesione przez Ubezpieczonego w celu ograniczenia spadku Obrotu w Okresie Odszkodowawczym dodatkowo, tj. w części przekraczającej koszty działalności operacyjnej, które były ponoszone w Okresie Porównawczym na osiągnięcie takiego samego Obrotu, jaki został osiągnięty w Okresie Odszkodowawczym;
42. **Zysk Brutto** – kwota stanowiąca różnicę pomiędzy sumą:
 - 1) Obrotu w okresie, za który jest obliczany Zysk Brutto,
 - 2) stanu produktów, półproduktów i produkcji w toku na początek tego okresu,
 - 3) uzyskanych odszkodowań z tytułu ubezpieczenia zapasów i Zysku Brutto w tym okresie,a sumą następujących pozycji:
 - 1) Nieubezpieczonych Kosztów Zmiennych w tym okresie,
 - 2) stanu produktów, półproduktów i produkcji w toku na koniec tego okresu.

§ 3 Przedmiot ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Zysk Brutto, w tym Zwiększone Koszty Działalności, w Maksymalnym Okresie Odszkodowawczym.
2. Ubezpieczenie obejmuje również Dodatkowe Zwiększone Koszty Działalności w Maksymalnym Okresie Odszkodowawczym, o ile została ustalona dla nich Suma Ubezpieczenia.

§ 4 Zakres ubezpieczenia

1. W granicach i na zasadach określonych w Umowie Ubezpieczenia Allianz wypłaci odszkodowanie za utracony w Okresie Odszkodowawczym Zysk Brutto (w tym Zwiększone Koszty Działalności), który Ubezpieczony osiągnąłby przy założeniu niezakłóconego przebiegu działalności, gdyby Szkoda nie wystąpiła, jeżeli:
 - 1) w miejscu ubezpieczenia i w Okresie Ubezpieczenia powstała Szkoda w Ubezpieczonym Mieniu w następstwie zmaterializowania się niewytłaczonego Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw i niniejszej Umowy Ubezpieczenia, oraz
 - 2) zakłócenie lub przerwa w działalności Ubezpieczonego skutkująca utratą Zysku Brutto powstały w następstwie tej Szkoły, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności i ograniczeń określonych w Umowie Ubezpieczenia.
2. Odszkodowanie obejmuje również Dodatkowe Zwiększone Koszty Działalności, o ile została dla nich ustalona odrębna Suma

Ubezpieczenia, poniesione przez Ubezpieczonego w Okresie Odszkodowawczym, jeżeli zostały spełnione warunki, o których mowa w ust. 1 powyżej.

3. Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta w zakresie następujących Zdarzeń Ubezpieczeniowych:
 - a) Pożaru, Eksplozji lub Implozji, Dymu lub Sadzy, Uderzenia Pioruna, Pośredniego Uderzenia Pioruna, Upadku Statku Powietrznego, Powodzi, Huraganu, Gradu, Deszczu Nawalnego, Zalania, Pęknięcia Mroźowego, Trzęsienia Ziemi, Obsunięcia Ziemi, Zapadania Ziemi, Uderzenia Pojazdu, Uderzenia fali dźwiękowej, Naporu Śniegu lub Lodu, Lawiny,
 - b) Upadku Drzew, Dźwigów lub Budowli;
 - c) Stłuczenia Szyb i Przedmiotów Szklanych;
 - d) Kradzieży z Włamaniem, Rabunku, Wandalizmu po Włamaniu, Celowego Uszkodzenia;
 - e) Kradzieży lub Rabunku Wartości Pieniężnych w Transporcie;
 - f) Awarii Elektrycznej, Awarii Mechanicznej;
 - g) Innych Nienazwanych Ryzyk.
4. Do określenia Zdarzeń Ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 3 powyżej oraz innych postanowieniach niniejszych OWUBI i Umowy Ubezpieczenia, mają zastosowanie definicje zawarte w OWUMP.
5. Zakres ubezpieczenia określony jest w Umowie Ubezpieczenia i potwierdzony w dokumencie ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia określony w Umowie Ubezpieczenia nie może być szerszy niż w Umowie Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw.

§ 5 Miejsce ubezpieczenia

1. Miejscem ubezpieczenia jest wskazane w Umowie Ubezpieczenia i potwierdzone w dokumencie ubezpieczenia miejsce prowadzenia działalności przez Ubezpieczonego, w którym znajduje się Ubezpieczone Mienie.
2. Miejsce ubezpieczenia wskazane w Umowie Ubezpieczenia musi być jednocześnie miejscem ubezpieczenia wskazanym w Umowie Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw, w przeciwnym razie ochrona w tym miejscu ubezpieczenia nie jest udzielana.
3. Jeżeli w Umowie Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw zostały objęte automatyczną ochroną nowe miejsca ubezpieczenia, to takie miejsca stają się miejscem ubezpieczenia w Umowie Ubezpieczenia.
4. Jeżeli w związku z bezpośrednim zagrożeniem wystąpienia Szkody, za którą zgodnie z Umową Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw Allianz ponosiłby odpowiedzialność odszkodowawczą, Ubezpieczony w celach ratunkowych usunął Ubezpieczone Mienie z miejsca ubezpieczenia to miejsce, do którego zostało ono przeniesione staje się automatycznie miejscem ubezpieczenia aż do zakończenia akcji ratunkowej. Po zakończeniu akcji ratunkowej ubezpieczenie w nowym miejscu ubezpieczenia będzie kontynuowane po zawiadomieniu o tym fakcie Allianz i potwierdzeniu przez Allianz na piśmie, że obejmuje to miejsce ochroną ubezpieczeniową.

§ 6 Umowa ubezpieczenia

1. Warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest jednoczesne lub uprzednie zawarcie Umowy Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw w zakresie i na Okres Ubezpieczenia odpowiadający Umowie Ubezpieczenia.
2. Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na podstawie Wniosku wraz z wycenieniem Sumy Ubezpieczenia podstawowego przez Ubezpieczającego u przedstawiciela Allianz lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej. Umowa Ubezpieczenia może być również zawarta poprzez przyjęcie przez Ubezpieczającego warunków Oferty złożonej przez Allianz.
3. Wniosek powinien zawierać przynajmniej następujące dane:
 - 1) nazwę i adres Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, NIP;
 - 2) rodzaj i charakterystykę działalności prowadzonej przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego;
 - 3) Okres Ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia, miejsce lub miejsca ubezpieczenia;
 - 4) Sumę Ubezpieczenia Zysku Brutto, Dodatkowych Zwiększonych Kosztów Działalności, długość Maksymalnego Okresu Odszkodowawczego;
 - 5) informacje o liczbie, wysokości i przyczynach szkód z tytułu ubezpieczenia Zysku Brutto Ubezpieczającego i Ubezpieczonego w ostatnich trzech latach bez względu na to, czy Zysk Brutto był objęty ochroną ubezpieczeniową lub czy za jego utratę zostało wypłacone odszkodowanie;
 - 6) informacje na temat czasu niezbędnego na odtworzenie Ubezpieczonego Mienia, procesach lub urządzeniach stanowiących „wąskie gardła”, sezonowości sprzedaży, wolnych

mocy przerobowych oraz możliwości ograniczenia utraty Zysku Brutto.

4. Allianz może wymagać od Ubezpieczającego udzielenia dodatkowych informacji i wyjaśnień niezbędnych do wykonania przez Allianz oceny ryzyka.
5. Allianz potwierdza zawarcie Umowy Ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.
6. O ile nie umówiono się inaczej, Umowę Ubezpieczenia zawiera się na Okres Ubezpieczenia wynoszący 12 miesięcy.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz zapytywał we Wniosku albo przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę Ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Allianz Umowy Ubezpieczenia, mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
8. Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać Allianz o zmianie okoliczności wymienionych w ust. 7, niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 14 dni, po otrzymaniu o nich wiadomości. W razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek określony w zdaniu poprzedzającym spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek.
9. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 7-8 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w ust. 7-8 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości uznaje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe przewidziane Umową Ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
10. Allianz udostępnia Ubezpieczającemu formularz do wyceniania Sumy Ubezpieczenia Zysku Brutto. Ubezpieczający może otrzymać formularz w formie papierowej od Allianz lub za pośrednictwem e-mail po zgłoszeniu próby o przestanie formularza.

§ 7 Składka

1. Składka należna Allianz jest wyznaczana przez iloczyn Sumy Ubezpieczenia i stawki wyrażonej w promilach lub procentach.
2. Wysokość stawki ustala każdorazowo Allianz według taryfy obowiązującej w dniu zawierania Umowy Ubezpieczenia lub na podstawie indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego powstania Szkody i utraty Zysku Brutto, z uwzględnieniem: rodzaju i charakteru prowadzonej przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej, zabezpieczeń przeciwpożarowych i innych zabezpieczeń zadeklarowanych przez Ubezpieczającego we Wniosku, zakresu ubezpieczenia, wysokości Franszyzy Redukcyjnej i limitów odpowiedzialności, długości Maksymalnego Okresu Odszkodowawczego, posiadanych przez Ubezpieczonego możliwości ograniczenia strat w Zysku Brutto, miejsca ubezpieczenia, rodzaju i wieku ubezpieczonych przedmiotów, liczby i wysokości Szkód oraz utraconego Zysku Brutto w poprzednich latach ubezpieczenia, oraz innych czynników, które mogą mieć wpływ na prawdopodobieństwo powstania, rozmiar Szkody lub wysokość utraconego Zysku Brutto, o które Ubezpieczający był pytany albo przekazał Allianz przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
3. O ile nie umówiono się inaczej, wysokość stawki określana jest za Okres Ubezpieczenia wynoszący 12 miesięcy.
4. Wysokość składki, termin oraz sposób jej zapłaty są określone w Umowie Ubezpieczenia. Jeżeli nie umówiono się inaczej, składka powinna być zapłacona jednorazowo, przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia.
5. W przypadku dokonania płatności składki przekazem pocztowym lub przelewem bankowym za datę opłacenia składki lub jej raty uznaje się datę stempla pocztowego uwidocznioną na dokumencie przekazu pocztowego lub datę przelewu bankowego pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość dostępnych środków pozwalająca na realizację przelewu.
6. Za zapłatę składki lub raty składki uważa się zapłatę pełnej kwoty określonej w Umowie Ubezpieczenia i wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.
7. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Allianz wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
8. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu Ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
9. Jeżeli na pytania zadane przez Allianz przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający złożył niezgodne ze swoją wiedzą

oświadczenia albo dokumenty poświadczające nieprawdę mający wpływ na wysokość składki ubezpieczeniowej, Allianz przysuguje prawo do pisemnego wezwania Ubezpieczającego do dopłaty składki wynikającej za zwiększone ryzyko w terminie określonym w wezwaniu.

10. W przypadku wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego powodującego obowiązek wypłaty przez Allianz odszkodowania wyczerpującego Sumę Ubezpieczenia, niewymagalna składka ubezpieczeniowa pozostała do zapłaty staje się wymagalna. Allianz może potrącić pozostałą do zapłaty składkę ubezpieczeniową z kwoty należnego odszkodowania, o ile odszkodowanie przysługuje Ubezpieczonemu będącemu jednocześnie Ubezpieczającym.
11. Jeżeli w Umowie Ubezpieczenia uzgodniono Sumę Ubezpieczenia dla Odpowiedzialności Dodatkowej składkę należną Allianz określa się w następujący sposób:

- 1) przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia Allianz pobiera składkę zaliczkową w wysokości ustalonej w dokumencie ubezpieczenia, stanowiącej iloczyn stawki i Sumy Ubezpieczenia Zysku Brutto oraz Dodatkowych Zwiększonych Kosztów Działalności;
- 2) najpóźniej w terminie 30 dni od daty zakończenia Okresu Ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić Allianz informację o wysokości Zysku Brutto osiągniętego w Okresie Ubezpieczenia proporcjonalnie skorygowanej tak, aby odpowiadała długości Maksymalnego Okresu Odszkodowawczego, na formularzu wyliczenia Sumy Ubezpieczenia. Jeżeli informacja nie zostanie przekazana w wymaganym terminie Allianz przyjmie, że powyższa wysokość Zysku Brutto jest równa Sumie Ubezpieczenia Zysku Brutto powiększonej o Odpowiedzialność Dodatkową;
- 3) składka jest obliczana na podstawie informacji o wysokości Zysku Brutto, o której mowa w ust. 2) powyżej, przez pomnożenie go przez stawkę:
 - a) jeżeli składka jest niższa od składki zaliczkowej to nadwyżka składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu w terminie 30 dni od otrzymania przez Allianz informacji, o której mowa w pkt 2) powyżej;
 - b) jeżeli składka jest wyższa od składki zaliczkowej to Ubezpieczający zobowiązany jest dopłacić różnicę pomiędzy składką i składką zaliczkową na podstawie otrzymanego od Allianz wezwania, w terminie w nim określonym, nie krótszym niż 7 dni od jego otrzymania przez Ubezpieczającego;

z uwzględnieniem składki za ubezpieczenie Dodatkowych Zwiększonych Kosztów Działalności.

wtedy odpowiedzialność Allianz za utracony Zysk Brutto wskutek tej Szkody ustaje po jego zakończeniu.

5. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Allianz udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
6. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia objętego ochroną na podstawie Umowy Ubezpieczenia, każda ze stron Umowy Ubezpieczenia może zażądać zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku Okresu Ubezpieczenia. W razie zgłoszenia żądania, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.
7. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia zawarta jest na czas określony, Allianz może ją wypowiedzieć jedynie z ważnych powodów wymienionych poniżej:
 - 1) w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia (w tym po zgłoszeniu szkody) zostało ujawnione, że Ubezpieczający umyślnie albo przez rażące niedbalstwo podał do wiadomości Allianz informacje niezgodne z rzeczywistością, wbrew obowiązkom wynikającym z § 6 ust. 7 OWUBI;
 - 2) Ubezpieczony umyślnie lub przez rażące niedbalstwo uchybił swoim obowiązkom dotyczącym zapobiegania zajściu wypadku ubezpieczeniowego – pomimo pisemnego wezwania ze strony Allianz do zaprzestania tym uchybieniem;
 - 3) Ubezpieczony wyłudził świadczenie ubezpieczeniowe.
8. W razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na czas określony dłuższy niż 12 miesięcy, Ubezpieczający może ją rozwiązać po upływie 12 miesięcy z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia licząc od daty jego otrzymania przez Allianz.
9. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony, każda ze stron może ją rozwiązać po upływie 12 miesięcy z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia licząc od daty jego otrzymania przez drugą ze stron.
10. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego lub Allianz następuje w formie pisemnej.

§ 9 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta utrata Zysku Brutto powstała w następstwie Szkody, za którą Allianz:
 - 1) nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Umowy Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw chyba, że brak odpowiedzialności wynika wyłącznie z zastosowanej Franszyzy Redukcyjnej lub udziału własnego;
 - 2) ponosi odpowiedzialność na podstawie klauzul lub postanowień dodatkowych do Umowy Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw chyba, że w Umowie Ubezpieczenia uzgodniono inaczej.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej określony w OWUBI, bez względu na przyczyny działające równocześnie lub w sekwencji zdarzeń, nie obejmuje utraty Zysku Brutto powstałej lub zwiększonej wskutek:
 - 1) wojny (niezależnie od tego, czy została wypowiedziana), działań niszczących znamiona wojny, inwazji, innych wrogich działań obcych państw, wojny domowej, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, przewrotu wojskowego, buntu w siłach zbrojnych, rebelii, rewolucji, powstania, jak również działań podejmowanych w celu kontroli, zapobieżenia lub powstrzymania tych zjawisk;
 - 2) Strajku, Rozruchów, Zamieszek Społecznych lub Lokautu;
 - 3) Aktu Terrorystycznego;
 - 4) skażenia radioaktywnego, którego źródłem jest paliwo jądrowe, promieniowania jonizującego, oddziaływania energii lub paliwa jądrowego, odpadów nuklearnych lub związków będących wynikiem spalania paliwa jądrowego, izotopów promieniotwórczych, broni lub innych urządzeń wytwarzających lub wykorzystujących energię jądrową bądź substancje radioaktywne;
 - 5) Chorób Zakaźnych, a także działań podjętych z obawy przed Chorobą Zakaźną, lub kontrolowania, zapobiegania rozprzestrzenianiu się lub zwalczania Choroby Zakaźnej;
 - 6) zniszczenia Danych Elektronicznych i Cyfrowych, ich zniekształcenia, usunięcia, uszkodzenia, modyfikacji, kradzieży lub innej nieautoryzowanej lub mającej postać czynu zabronionego zmiany Danych Elektronicznych i Cyfrowych, w szczególności wskutek Ataku Komputerowego, Wojny Cyfrowej lub Cyberterrorystycznego;

§ 8 Początek i koniec odpowiedzialności Allianz

1. Odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu Umowy Ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu całości składki lub jej pierwszej raty, o ile w Umowie Ubezpieczenia nie wskazano inaczej.
2. Jeżeli zgodnie z Umową Ubezpieczenia Allianz ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Allianz może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosi odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, na który przypadła niezapłacona składka.
3. W razie opłacania składki w ratach, nieopłacenie kolejnej raty składki w terminie określonym w Umowie Ubezpieczenia spowoduje ustanie odpowiedzialności Allianz, jeśli po upływie terminu zapłaty Allianz wezwał Ubezpieczającego do zapłaty raty składki informując w wezwaniu o skutkach braku płatności (ustanie odpowiedzialności Allianz), o ile zapłata nie zostanie dokonana w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania.
4. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się, a odpowiedzialność Allianz ustaje:
 - 1) z upływem ostatniego dnia Okresu Ubezpieczenia, na jaki została zawarta;
 - 2) z dniem odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia lub upływu okresu jej wypowiedzenia;
 - 3) w sytuacji określonej w ust. 3 powyżej;
 - 4) z chwilą rozwiązania Umowy Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw;
 - 5) z dniem wyczerpania się Sumy Ubezpieczenia,chyba, że w trakcie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia wystąpiła Szkoda, w następstwie której na podstawie Umowy Ubezpieczenia Allianz jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie za utracony Zysk Brutto, a Okres Odszkodowawczy trwa nadal,

- 7) działań represyjnych stosowanych przez organy władzy: konfiskaty, nacjonalizacji, rekwizycji, bezprawnego zajęcia, wywłaszczenia, albo innych arbitralnych działań organów władzy, w szczególności wydania aktu prawnego lub nakazu administracyjnego, w tym uniemożliwiającego, ograniczającego lub wskazującego sposób odtworzenia mienia po Szkodzie;
 - 8) ruchu zakładu górniczego rozumianego zgodnie z prawem geologicznym i górniczym;
 - 9) prowadzenia robót strzałowych lub wyburzeniowych z wykorzystaniem materiałów wybuchowych przez Ubezpiezonego, na jego zlecenie, pod jego kierownictwem lub za jego wiedzą lub zgodą;
 - 10) usiłowania lub dokonania oszustwa, wyłudzenia, wymuszenia lub szantażu, wprowadzenia w błąd, poświadczenia nieprawdy, fałszerstwa lub podstęp, sprzeniewierzenia, przywłaszczenia, defraudacji, niewyjaśnionej utraty mienia;
 - 11) działania umyślnego Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek – działania umyślnego Ubezpiezonego lub osoby, z którą Ubezpieczający lub Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 12) rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek – rażącego niedbalstwa Ubezpiezonego, chyba że zapłata odszkodowania lub spełnienie świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
3. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje utraty Zysku Brutto zwiększonej przez opóźnienie we wznowieniu działalności gospodarczej po Szkodzie lub podjęciu czynności w celu przywrócenia działalności do skali sprzed Szkoły, wskutek następujących przyczyn:
- 1) braku lub niedysponowania w odpowiednim czasie wystarczającymi środkami finansowymi do odtworzenia mienia dotkniętego Szkołą w możliwie najkrótszym czasie;
 - 2) rozwiązania umów najmu, użyczenia, dzierżawy, leasingu, sprzedaży lub innych umów cywilnoprawnych umożliwiających korzystanie z mienia lub licencji, cofnięcia, ograniczenia lub wygaśnięcia koncesji, pozwoleń lub innych tego rodzaju decyzji administracyjnych, które nastąpiło po dacie, gdy Ubezpieczone Mienie, które uległo Szkodzie, zostało odtworzone i działalność gospodarcza byłaby wznowiona lub kontynuowana, gdyby nie nastąpiły okoliczności określone w niniejszym punkcie;
 - 3) zwłoki Ubezpiezonego wynikającej z okoliczności, na które mógł wpłynąć przy zachowaniu należytej staranności,
 - 4) wprowadzenia zmian w Ubezpieczonym Mieniu przy jego odtwarzaniu, które Ubezpieczony byłby zobowiązany wykonać nawet, gdyby Szkoła nie wystąpiła, a także innowacji lub ulepszeń.
4. Allianz nie wypłaci odszkodowania za:
- 1) kary umowne, odsetki i odszkodowania wynikające z opóźnienia, niewykonania, nienależytego wykonania bądź rozwiązania umów handlowych pozostających w związku z działalnością Ubezpiezonego;
 - 2) koszty odszkodowań lub roszczeń o zadośćuczynienie, w tym związane z nimi koszty sądowe i koszty zastępstwa procesowego;
 - 3) kary, grzywny, nawiązki i inne sankcje o charakterze karnym;
 - 4) Zysk Brutto utracony wskutek braku możliwości ściągnięcia należności, koszty dochodzenia roszczeń, windykacji oraz dokonania odpisów księgowych na Złe Długi, w szczególności w następstwie utraty dokumentów lub Danych Elektronicznych i Cyfrowych;
 - 5) koszty odpraw dla zwalnianych Pracowników, koszty odszkodowań z tytułu umowy o zakazie konkurencji wobec osób, z którymi Ubezpieczony rozwiązał stosunek pracy chyba, że zostały poniesione w celu ratowania Zysku Brutto w Okresie Odszkodowawczym;
 - 6) koszty wynagrodzeń, w tym prowizji, których wypłata została dokonana po wypowiedzeniu umów o pracę w najbliższym możliwym terminie, lecz po upływie okresu wypowiedzenia, a także wzrost wynagrodzeń po Szkodzie chyba, że działania te były konieczne do zatrzymania w przedsiębiorstwie Ubezpiezonego Pracowników niezbędnych do wznowienia lub kontynuacji działalności po Szkodzie lub w celu ratowania Zysku Brutto w Okresie Odszkodowawczym;
 - 7) Zysk Brutto utracony wskutek Szkoły w:
 - wartościach pieniężnych, papierach wartościowych, modelach, wzorach lub prototypach;
 - dokumentach lub planach chyba, że są niezbędne do odtworzenia mienia po Szkodzie i zostały ubezpieczone w ramach Umowy Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw;
 - 8) Zysk Brutto utracony wskutek niezwiązanej ze Szkołą zmniejszenia lub utraty wartości zapasów, albo nieuzasadnionej rachunkiem ekonomicznym zmiany przez Ubezpiezonego cen towarów, produktów lub usług po Szkodzie;
 - 9) utracony Zysk Brutto pochodzący z operacji finansowych Ubezpieczającego, a zwłaszcza z operacji giełdowych, inwestycji kapitałowych oraz obrotu nieruchomościami, z wyjątkiem Ubezpieczonych Kosztów Stałych ponoszonych w związku ze świadczeniem usług pośrednictwa lub doradztwa o tym charakterze dla Osób Trzecich, o ile Ubezpieczony wykaże, że uwzględnił je przy ustalaniu Sumy Ubezpieczenia Zysku Brutto;
 - 10) odpisy amortyzacyjne w zakresie, w jakim zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa ustał obowiązek dokonywania takich odpisów;
 - 11) podatek VAT, podatek akcyzowy, opłaty celne i skarbowe chyba, że są częścią Ubezpieczonych Kosztów Stałych.
5. Jeżeli Ubezpieczony podjął decyzję o nieodtworzeniu lub ograniczonym odtworzeniu mienia po Szkodzie, albo rezygnacji ze wznowienia lub przywrócenia działalności gospodarczej do skali sprzed Szkoły, Allianz nie wypłaci odszkodowania za utracony Zysk Brutto lub ograniczy jego wysokość w stopniu, w jakim te okoliczności miały wpływ na rozmiar utraconego Zysku Brutto, przy czym skutki będą rozpatrywane tak, jakby decyzja została podjęta przez Ubezpiezonego w dniu powstania Szkoły.
7. Jeżeli utracony Zysk Brutto jest następstwem Szkoły w Ubezpieczonym Mieniu i szkody w mieniu nieubezpieczonym, Allianz wypłaci odszkodowanie za utracony Zysk Brutto z ograniczeniem do kwoty, jaka byłaby należna Ubezpieczonemu, gdyby szkoda w mieniu nieubezpieczonym nie wystąpiła.
8. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za utratę Zysku, a także skutki okoliczności, które mogą powodować lub powodowałyby zobowiązanie do spełnienia przez Allianz świadczenia, w zakresie w jakim naruszałoby to obowiązujące międzynarodowe przepisy przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych lub inne mające zastosowanie regulacje Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych, jak też inne właściwe przepisy lub regulacje przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych.

§ 10 Suma Ubezpieczenia i limit odpowiedzialności

1. Suma Ubezpieczenia i limity odpowiedzialności to maksymalne kwoty, do wysokości których odpowiada Allianz w ramach Umowy Ubezpieczenia. Sumę Ubezpieczenia i limit odpowiedzialności deklaruje Ubezpieczający z uwzględnieniem poniższych postanowień.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do wyliczenia Sumy Ubezpieczenia Zysku Brutto na formularzu do wyliczania Sumy Ubezpieczenia Zysku Brutto udostępnionym przez Allianz lub innym odpowiadającym, jeżeli zostanie zaakceptowany przez Allianz.
3. O ile nie umówiono się inaczej, Sumy Ubezpieczenia są ustalane w systemie ubezpieczenia:
 - 1) na pierwsze ryzyko dla Dodatkowych Zwiększonych Kosztów Działalności,
 - 2) na sumy stałe dla Zysku Brutto.
4. W przypadku ubezpieczenia kosztów według systemu na pierwsze ryzyko Suma Ubezpieczenia powinna odpowiadać maksymalnej możliwej wartości kosztów, które mogą powstać w Maksymalnym Okresie Odszkodowawczym.
5. Suma Ubezpieczenia Zysku Brutto powinna odpowiadać Wartości Ubezpieczeniowej Zysku Brutto.
6. Jeżeli w Umowie Ubezpieczenia ustalono Sumę Ubezpieczenia Odpowiedzialności Dodatkowej, Suma Ubezpieczenia Zysku Brutto zostanie powiększona o wartość tej sumy i w takiej wysokości będzie stanowić górną granicę odpowiedzialności Allianz, z zastrzeżeniem limitów odpowiedzialności.
7. W przypadku, gdy Ubezpieczonymi w ramach Umowy Ubezpieczenia są podmioty wchodzące w skład Grupy Kapitałowej, Sumę Ubezpieczenia oblicza się z uwzględnieniem skonsolidowanego sprawozdania finansowego Grupy Kapitałowej (o ile jest tworzone), na podstawie Obrótu i wyników finansowych wszystkich podmiotów wchodzących w skład Grupy Kapitałowej ubezpieczonych w ramach Umowy Ubezpieczenia, przy czym dla każdego z tych podmiotów określa się odrębną Sumę Ubezpieczenia.
8. Jeżeli po zawarciu Umowy Ubezpieczenia wartość Zysku Brutto przewidywana w Maksymalnym Okresie Odszkodowawczym uległa zmianie, Ubezpieczający może żądać odpowiedniego zmniejszenia lub zwiększenia Sumy Ubezpieczenia.
9. Zmniejszenie Sumy Ubezpieczenia staje się skuteczne z chwilą złożenia oświadczenia przez Ubezpieczającego i pociąga za sobą odpowiednie zmniejszenie składki począwszy od dnia pierwszego tego miesiąca, w którym Ubezpieczający zażądał zmniejszenia Sumy Ubezpieczenia.

10. W razie zgłoszenia żądania zwiększenia Sumy Ubezpieczenia, jej zmiana staje się skuteczna z dniem i na warunkach określonych przez Allianz w pisemnym potwierdzeniu zmiany Sumy Ubezpieczenia. Allianz jest uprawniony do naliczenia dodatkowej składki począwszy od dnia, w którym podwyższenie Sumy Ubezpieczenia stało się skuteczne.
11. Wysokość limitu odpowiedzialności powinna odpowiadać maksymalnej możliwej wartości utraconego Zysku Brutto lub kosztów powstałych w Maksymalnym Okresie Odszkodowawczym.
12. O ile nie umówiono się inaczej, limity odpowiedzialności określone w Umowie Ubezpieczenia są limitami łącznymi, odnoszącymi się do Szkód w mieniu oraz ich następstw w postaci utraconego Zysku Brutto, określonych na jedno i wszystkie zdarzenia.
13. Wypłaty odszkodowań powodują zmniejszenie Sumy Ubezpieczenia i limitów odpowiedzialności chyba, że umówiono się inaczej.

§ 11 Zasady ustalania i wypłaty odszkodowań

1. Allianz wypłaci należne odszkodowanie w granicach i na zasadach określonych w Umowie Ubezpieczenia w zweryfikowanej kwocie:
 - 1) utraconego Zysku Brutto w Okresie Odszkodowawczym zmniejszonego o Korzyści Ekonomiczne;
 - 2) Dodatkowych Zwiększonych Kosztów Działalności poniesionych w Okresie Odszkodowawczym;
 pomniejszonej o wartość Franszyzy Redukcyjnej, nie większej niż Suma Ubezpieczenia i nie większej niż ustalony limit odpowiedzialności, z uwzględnieniem ust. 2-6 poniżej i § 12-15.
2. Wartość utraconego Zysku Brutto w Okresie Odszkodowawczym stanowi kwota:
 - 1) w odniesieniu do Zysku Brutto utraconego wskutek spadku Obrotu – stanowi iloczyn Wskaźnika Zysku Brutto oraz wartości, o którą Obrót osiągnięty w Okresie Odszkodowawczym zmniejszył się w porównaniu do Obrotu Standardowego na skutek Szkody;
 - 2) w odniesieniu do Zysku Brutto utraconego wskutek zwiększenia się kosztów działalności operacyjnej – odpowiadająca poniesionym Zwiększonym Kosztom Działalności w Okresie Odszkodowawczym;
 pomniejszona o wszelkie Zaoszczędzone Koszty Działalności w Okresie Odszkodowawczym.
3. Efekty działań podjętych przez Ubezpieczonego po Szkodzie mających na celu ograniczenie utraty Zysku Brutto, takich jak:
 - 1) wyprzedaż uszkodzonych wskutek Szkody zapasów w części niepodlegającej odszkodowaniu z tytułu Umowy Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw;
 - 2) sprzedaż odbiorcom zgromadzonych zapasów produktów gotowych;
 - 3) zlecenie produkcji lub realizacji usług w całości lub części podwykonawcom lub innym podmiotom działającym na rzecz Ubezpieczonego;
 - 4) najem zastępczych budynków, pomieszczeń, maszyn, wyposażenia;
 będą uwzględnione przy określaniu Obrotu osiągniętego w Okresie Odszkodowawczym oraz kwoty utraconego Zysku Brutto.
4. W przypadku, gdy jakiegokolwiek Ubezpieczonego Koszty Stałe zostały odjęte od Obrotu przy ustalaniu Sumy Ubezpieczenia, odszkodowanie z tytułu Zwiększonych Kosztów Działalności lub Dodatkowych Zwiększonych Kosztów Dodatkowych obejmuje wyłącznie proporcjonalną ich część, jaka wynika z ilorazu utraconego Zysku Brutto do sumy utraconego Zysku Brutto i Ubezpieczonych Kosztów Stałych przypadających na Okres Odszkodowawczy, które nie zostały uwzględnione w Sumie Ubezpieczenia.
5. Allianz ustala wysokość odszkodowania za Zwiększone Koszty Działalności lub Dodatkowe Zwiększone Koszty Działalności w oparciu o przedstawione rachunki lub inne dokumenty potwierdzające ich poniesienie, po zweryfikowaniu wysokości tych kosztów.
6. Jeżeli koszty poniesione zostały w walucie obcej, do ich przeliczenia na walutę polską zastosowanie będzie miał kurs z dnia, według którego koszty będą przeliczone celem ujęcia w księgach rachunkowych Ubezpieczonego.

§ 12 Współzależności w ramach Grupy Kapitałowej

1. Jeżeli Ubezpieczonymi w ramach Umowy Ubezpieczenia są podmioty wchodzące w skład Grupy Kapitałowej, wartość utraconego Zysku Brutto i Dodatkowych Zwiększonych Kosztów Działalności, o których mowa w § 11 ust. 1, oblicza się z uwzględnieniem skonsolidowanych wyników działalności operacyjnej Grupy Kapitałowej,

na podstawie wyników działalności operacyjnej podmiotów ubezpieczonych w ramach Umowy Ubezpieczenia wchodzących w skład Grupy Kapitałowej, uwzględniając współzależności biznesowe w prowadzeniu działalności operacyjnej pomiędzy podmiotami dotkniętymi i niedotkniętymi Szkodą, dzięki którym utrata Zysku Brutto lub Dodatkowe Zwiększone Koszty Działalności zostały ograniczone na poziomie Grupy Kapitałowej.

2. W przypadku określonym w ust. 1 pod uwagę bierze się również kwotę utraconego Zysku Brutto oraz poniesione Dodatkowe Zwiększone Koszty Działalności przez innych Ubezpieczonych wchodzących w skład Grupy Kapitałowej niż ten, który poniósł Szkodę, wskutek występowania pomiędzy Ubezpieczonymi współzależności, o których mowa w ust. 1. powyżej, pod warunkiem, że Suma Ubezpieczenia została ustalona z uwzględnieniem Obrotu i wyników finansowych Ubezpieczonego wchodzącego w skład Grupy Kapitałowej, którego działalność została zakłócona lub przerwana wskutek tej samej Szkody.

§ 13 Nakłady na ograniczenie utraty Zysku Brutto i koszty dodatkowe

1. Allianz, w granicach Sumy Ubezpieczenia, zwróci koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w § 16 ust. 3 pkt. 1) OWUBI, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.
2. Jeżeli w Umowie Ubezpieczenia ustalono Sumę Ubezpieczenia (na pierwsze ryzyko) dla niższych pozycji, Allianz zrefunduje dodatkowo poniesione przez Ubezpieczonego w związku z utratą Zysku Brutto, za którą Allianz jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie, uzasadnione i udokumentowane koszty:
 - 1) badań i rozwoju, poniesione na przywrócenie prac badawczych i projektowych w możliwie zbliżonym stopniu do stanu ich zaawansowania, który zostałby osiągnięty, gdyby działalność Ubezpieczonego nie została zakłócona wskutek Szkody, przy czym ustala się, że:
 - a) miesięczny limit odpowiedzialności dla tych kosztów wynosi 1/12 limitu odpowiedzialności ustalonego w Umowie Ubezpieczenia;
 - b) koszty będą refundowane przez 12 miesięcy lub Maksymalny Okres Odszkodowawczy w zależności od tego, który okres jest krótszy, nie dłużej jednak niż do końca Okresu Odszkodowawczego;
 - 2) poniesione na zatrudnienie specjalistów ds. public relations w celu przeprowadzenia kampanii informacyjnej oraz komunikacji z rynkiem po Szkodzie z zastrzeżeniem, że:
 - a) miesięczny limit odpowiedzialności dla tych kosztów wynosi 1/12 limitu odpowiedzialności ustalonego w Umowie Ubezpieczenia;
 - b) koszty będą refundowane maksymalnie przez 12 miesięcy lub Maksymalny Okres Odszkodowawczy w zależności od tego, który okres jest krótszy, nie dłużej jednak niż do końca Okresu Odszkodowawczego;
 - 3) wynagrodzenia biegłego rewidenta lub księgowego zatrudnionego w celu przygotowania wycieczki i dokumentacji księgowej dotyczących utraconego Zysku Brutto wymaganych przez Allianz, przy czym koszty te nie mogą przekroczyć średnich stawek obowiązujących na rynku.

§ 14 Niedoubezpieczenie, nadoubezpieczenie

1. Jeżeli w chwili zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Suma Ubezpieczenia Zysku Brutto powiększona o Sumę Ubezpieczenia dla Odpowiedzialności Dodatkowej (o ile została uzgodniona) jest niższa od Wartości Ubezpieczeniowej Zysku Brutto (niedoubezpieczenie), Allianz wypłaci odszkodowanie z tytułu utraconego Zysku Brutto, ustalonego zgodnie z § 11 ust. 2, z zastosowaniem zasady określonej w ust. 2 poniżej.
2. W razie niedoubezpieczenia odszkodowanie z tytułu utraconego Zysku Brutto zostanie wypłacone w takiej proporcji, w jakiej Suma Ubezpieczenia Zysku Brutto powiększona o Sumę Ubezpieczenia dla Odpowiedzialności Dodatkowej pozostaje do Wartości Ubezpieczeniowej Zysku Brutto.
3. Zasada określona w ust. 2 powyżej nie ma zastosowania:
 - 1) jeżeli niedoubezpieczenie nie przekracza 20%;
 - 2) w odniesieniu do Dodatkowych Zwiększonych Kosztów Działalności i innych kosztów ubezpieczonych na pierwsze ryzyko.
4. Jeżeli Suma Ubezpieczenia Zysku Brutto powiększona o Sumę Ubezpieczenia dla Odpowiedzialności Dodatkowej (o ile została

uzgodniona) jest wyższa niż Wartość Ubezpieczeniowa Zysku Brutto (nadubezpieczenie), Allianz odpowiada z tytułu utraconego Zysku Brutto wyłącznie do wartości faktycznie utraconego Zysku Brutto, ustalonego zgodnie z § 11 ust. 2.

§ 15 Franszyza redukcyjna

1. Wartość Franszyzy Redukcyjnej określona jest w Umowie Ubezpieczenia w odniesieniu do każdego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o ile nie umówiono się inaczej. Potrącenia o wartość Franszyzy Redukcyjnej dokonuje się każdorazowo.
2. W razie biegu różnych wysokości Fransyz Redukcyjnych mających zastosowanie w tym samym Zdarzeniu Ubezpieczeniowym lub Szkodzie stosuje się jedną najwyższą Franszyzę Redukcyjną.
3. Jeżeli Franszyza Redukcyjna jest wyrażona w dniach lub innych jednostkach czasu, jej wartość oblicza się poprzez pomnożenie liczby dni (lub innych jednostek czasu) przez iloraz sumy:
 - 1) utraconego Zysku Brutto;
 - 2) Dodatkowych Zwiększonych Kosztów Działalności;
 - 3) innych kosztów ubezpieczonych na pierwsze ryzyko;oraz liczby dni w Okresie Odszkodowawczym (lub ilości innej jednostki czasu, za pomocą której Franszyza Redukcyjna została wyrażona).

§ 16 Obowiązki Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek także Ubezpieczony (chyba, że nie wie o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek), są zobowiązani do:
 - 1) prowadzenia dokumentacji księgowej zgodnie z Ustawą o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. i przepisami wykonawczymi oraz późniejszymi zmianami do wspomnianej ustawy;
 - 2) archiwizacji dokumentacji księgowej co najmniej za okres trzech lat obrachunkowych poprzedzających zawarcie Umowy Ubezpieczenia oraz przechowywania tej dokumentacji oraz dokumentacji bieżącej w miejscu zapewniającym ochronę przed zniszczeniem lub jej uszkodzeniem w razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
2. Ponadto Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek także Ubezpieczony (chyba, że nie wie o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek), są zobowiązani do przestrzegania obowiązków określonych w Umowie Ubezpieczenia Mienia Przedsiębiorstw.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek także Ubezpieczony (chyba, że nie wie o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek), są zobowiązani:
 - 1) użyć dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia Szkodzie i utracie Zysku Brutto lub zmniejszenia ich rozmiarów;
 - 2) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni od daty zaistnienia Szkody mogącej skutkować lub skutkującej utratą Zysku Brutto lub daty uzyskania informacji o Szkodzie powodującej utratę Zysku Brutto, powiadomić Allianz o zaistnieniu Szkody;
 - 3) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 48 godzin od momentu zaistnienia Szkody mogącej skutkować lub skutkującą utratą Zysku Brutto lub uzyskania informacji o Szkodzie, zawiadomić policję, jeżeli zachodzi podejrzenie, że Szkoda powstała wskutek przestępstwa;
 - 4) umożliwić Allianz, lub osobom działającym na zlecenie Allianz, dostęp do miejsca ubezpieczenia w celu wykonania oględzin;
 - 5) udostępnić Allianz, lub osobom działającym na zlecenie Allianz, dokumenty związane z prowadzoną działalnością gospodarczą, księgi rachunkowe, rachunki zysków i strat, bilanse, oraz wymagane przez Allianz dokumenty niezbędne do ustalenia okoliczności Szkody oraz określenia wysokości utraconego Zysku Brutto, o które wnioskował Allianz, a także udzielić wyjaśnień i pomocy w tym zakresie;
 - 6) do zabezpieczenia możliwości i udzielenia Allianz, lub osobom działającym na zlecenie Allianz, pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych wobec osób odpowiedzialnych za utratę Zysku Brutto.
4. W razie niezastosowania z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 3 pkt 1 powyżej, Allianz jest wolny od odpowiedzialności za utratę Zysku Brutto powstałą z tego powodu.
5. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 3 pkt 2 powyżej, Allianz może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do

zwiększenia utraty Zysku Brutto lub uniemożliwiło Allianz ustalenie okoliczności i skutków Szkody powodującej utratę Zysku Brutto.

6. Jeżeli Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek także Ubezpieczony (o ile wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek), z winy umyślnej lub wskutek rażącego niedbalstwa nie wypełnił któregokolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 1, ust. 2 lub ust. 3 pkt 3-6 powyżej i o ile niewypełnienie tego obowiązku było przyczyną powstania Szkody i powstałej w następstwie utraty Zysku Brutto lub zwiększenia jej rozmiaru, wówczas Allianz jest uprawniony do zmniejszenia odszkodowania w stopniu nie większym niż stopień, w jakim niewypełnienie tego obowiązku przyczyniło się do powstania Szkody i powstałej w następstwie utraty Zysku Brutto lub zwiększenia jej rozmiaru, a w sytuacji, gdyby spełnienie danego zalecenia pozwoliło uniknąć powstania utraty Zysku Brutto, do odmowy wypłaty odszkodowania chyba, że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

§ 17 Postępowanie przy likwidacji Szkody skutkującej utratą Zysku Brutto

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową skutkującą utratą Zysku Brutto, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Odszkodowanie jest wypłacane:
 - 1) Ubezpieczonemu bądź osobie przez niego upoważnionej;
 - 2) spadkobiercom po przedłożeniu postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku, za utracony Zysk Brutto wchodzący w skład masy spadkowej, stosownie do ich zgodnego oświadczenia lub umownego podziału spadku, orzeczenia sądu;
 - 3) następcą prawnym – w razie przekształcenia osoby prawnej, po przedłożeniu dokumentów wykazujących następstwo prawne.
3. Allianz wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o utracie Zysku Brutto. Jeśli w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości odszkodowania jest niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporna część odszkodowania jest wypłacana zgodnie z terminem określonym w zdaniu pierwszym.
4. Jeżeli w terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia lub w ustawie Allianz nie wypłaci odszkodowania, zawiadomi na piśmie:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - 2) Ubezpieczonego, w przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaci bezsporną część świadczenia.
5. Z chwilą wypłaty odszkodowania roszczenia Ubezpieczonego względem Osób Trzecich, odpowiedzialnych za spowodowanie Szkody skutkującej utratą Zysku Brutto, przechodzą na Allianz maksymalnie do kwoty wypłaconego odszkodowania.
6. Jeśli Allianz wypłacając odszkodowanie zgodnie z Umową Ubezpieczenia wyrównał Ubezpieczonemu tylko część utraconego przez niego Zysku Brutto, to Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo w zaspokojeniu pozostałej części roszczeń względem sprawcy, przed roszczeniami Allianz, o których mowa w ust. 5 powyżej.
7. Nie przechodzą na Allianz roszczenia regresowe (zwrotne) Ubezpieczonego w stosunku do osób, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca doprowadził do utraty Zysku Brutto umyślnie.
8. Jeśli Ubezpieczony zrzekł się roszczeń o odszkodowanie w stosunku do osoby odpowiedzialnej za spowodowanie utraty Zysku Brutto, Allianz może odmówić wypłaty odszkodowania.
9. Jeśli Ubezpieczony wyraził zgodę na ograniczenie roszczeń o odszkodowanie w stosunku do osoby odpowiedzialnej za spowodowanie utraty Zysku Brutto, Allianz może stosownie zmniejszyć wysokość odszkodowania.

§ 18 Postępowanie reklamacyjne

1. Reklamację związaną ze świadczonymi przez Allianz usługami, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
 - 1) na piśmie – dostarczyć osobiście w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - 2) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
 - 3) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
3. Allianz rozpatrzy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowie na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Allianz poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustala, aby rozpatrzyć sprawę oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Allianz odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem Allianz odpowie na reklamację, skargę zażalenie wyłączenie na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępnione są na stronie internetowej www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
6. Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
7. Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

§ 19 Postanowienia końcowe

1. 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.
2. Prawem właściwym dla Umów Ubezpieczenia zawieranych w oparciu o OWUBI jest prawo polskie.
3. W relacjach wynikających z tych OWUBI Allianz stosuje język polski.
4. Allianz jest administratorem danych osobowych, które zbiera w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie tych OWUBI.
5. Pełną treść klauzuli informacyjnej, która opisuje zasady przetwarzania przez Allianz danych osobowych, zostaje przekazana przez Allianz zbierając te dane. Dodatkowo, informacje te dostępne są dla wszystkich na stronie internetowej www.allianz.pl.
6. Niniejsze OWUBI zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna nr 70/2024 i mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia zawartych od dnia 16 marca 2024 roku.

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 28 horizontal grey lines spaced evenly apart, typical of notebook paper. The lines extend across the entire width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no vertical lines, text, or other markings on the page.

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 30 horizontal grey lines spaced evenly apart, typical of notebook paper. The lines extend across the entire width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no vertical lines or other markings present.

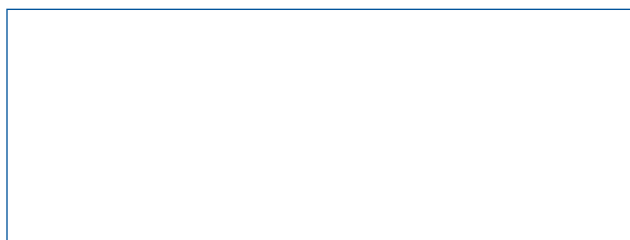
This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

TUIR Allianz Polska S.A.

ul. Inflancka 4B

00-189 Warszawa

Zadzwoń do Twojego agenta



Infolinia: 224 224 224

www.allianz.pl

ALLIANZ COMMERCIAL

Ogólne warunki ubezpieczenia mienia przedsiębiorstw

Spis treści

§ 1	Postanowienia ogólne	4
§ 2	Definicje	4
§ 3	Przedmiot ubezpieczenia	7
§ 4	Zakres ubezpieczenia	7
§ 5	Miejsce ubezpieczenia	7
§ 6	Umowa ubezpieczenia	7
§ 7	Składka	8
§ 8	Początek i koniec odpowiedzialności Allianz	8
§ 9	Wyłączenia odpowiedzialności	9
§ 10	Suma Ubezpieczenia i limit odpowiedzialności	10
§ 11	Zasady ustalania i wypłaty odszkodowań	11
§ 12	Nakłady na ograniczenie Szkody i koszty dodatkowe	11
§ 13	Niedoubezpieczenie, nadubezpieczenie	12
§ 14	Obowiązki Ubezpieczającego	12
§ 15	Postępowanie przy likwidacji Szkody	13
§ 16	Postępowanie reklamacyjne	13
§ 17	Postanowienia końcowe	13

Ogólne warunki ubezpieczenia mienia przedsiębiorstw

Poniższa tabela wskazuje informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ W OWUMP
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§3 ust. 1, §4, §5, §10, §11, §12, §13, §15 Informacje zawarte w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w §2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 2, §4 ust. 1, §5, §6 ust. 8, §7 ust. 10, §8 ust. 1, ust. 3, §9, §10, §11, §12 ust. 2, § 13, §14 ust. 4-6 Informacje zawarte w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w §2

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia mienia przedsiębiorstw, zwanych dalej „OWUMP”, Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej „Allianz”, zawiera Umowy Ubezpieczenia z Ubezpieczającymi posiadającymi zdolność do czynności prawnych.
2. Dopuszcza się możliwość wprowadzenia do Umowy Ubezpieczenia postanowień odmiennych lub dodatkowych w stosunku do wskazanych w OWUMP. W razie wprowadzenia do Umowy Ubezpieczenia postanowień odmiennych od OWUMP stosuje się postanowienia umowne.

§ 2 Definicje

Wskazane poniżej określenia (pisane wielką literą jak nazwy własne) użyte w OWUMP, w zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem lub wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia, oznaczają:

1. **Atak Komputerowy** – złośliwy ruch sieciowy, wprowadzenie lub uruchomienie złośliwego kodu komputerowego lub inny złośliwy atak wykorzystujący lub skierowany przeciwko systemowi komputerowemu lub sieci, w szczególności obejmujący działanie wirusów komputerowych, „koni trojańskich”, bomb czasowych lub logicznych, złośliwego oprogramowania, hackerów lub przestępców komputerowych;
2. **Akt Terrorystyczny** – działania osoby, grup osób w imieniu własnym albo na zlecenie lub w powiązaniu z organizacją lub rządem, mające podłoże polityczne, religijne, etniczne, ideologiczne lub inne o podobnym charakterze, podejmowane w celu zastraszenia społeczeństwa lub jego części albo wywarcia wpływu na rząd lub inne organy władzy publicznej poprzez użycie siły, przemocy albo groźbę ich użycia;
3. **Awaria Elektryczna** – stan niesprawności Ubezpieczonego Mienia, powodujący konieczność wykonania jego naprawy lub wymiany, powstały bezpośrednio wskutek przepięcia, zwarcia, zaniku napięcia, niezadziałania, nieprawidłowego zadziałania zabezpieczeń elektrycznych, lub wskutek innego rodzaju bezpośredniego oddziaływania prądu elektrycznego, z wyjątkiem Pośredniego Uderzenia Pioruna;
4. **Awaria Mechaniczna** – stan niesprawności Ubezpieczonego Mienia, powodujący konieczność wykonania jego naprawy lub wymiany, powstały bezpośrednio wskutek przyczyny pochodzącej z wnętrza Ubezpieczonego Mienia, dostania się do jego wnętrza ciała obcego lub błędu w obsłudze, niebędący Awarią Elektryczną;
5. **Budowla** – obiekt budowlany niebędący Budynkiem, w tym części budowlane i fundamenty Maszyn i Urządzeń, wraz z zainstalowanymi na stałe elementami wykończeniowymi i reklamowymi, stanowiący całość techniczną i użytkową, a także Urządzenia Budowlane;
6. **Budynek** – obiekt budowlany, który jest trwale związany z gruntem, wydzielony z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych oraz posiada fundamenty i dach wraz z zainstalowanymi na stałe elementami wykończeniowymi i reklamowymi;
7. **Celowe Uszkodzenie** – umyślne uszkodzenie lub zniszczenie, jak również pomalowanie Ubezpieczonego Mienia (w tym graffiti);
8. **Choroba Zakaźna** – choroba, która może być przenoszona za pomocą substancji lub czynnika biologicznego z jednego organizmu na inny, przy czym:
 - 1) substancja lub czynnik biologiczny zawiera wirusy, bakterie, pasożyty lub inne organizmy żyjące lub martwe,
 - 2) mechanizm przenoszenia obejmuje między innymi drogę kropelkową, inhalacyjną, pokarmową, poprzez płyny ustrojowe, przenoszenie z lub na powierzchnię lub obiekt, ciało stałe, ciecz lub gaz, albo między organizmami,
 - 3) choroba, substancja, czynnik biologiczny zagrażają zdrowiu ludzkiemu lub dobrostanowi człowieka, lub mogą spowodować uszkodzenie, utratę lub zniszczenie, zepsucie się, utratę wartości, możliwości zbycia lub użytkowania mienia;
9. **Dane Elektroniczne i Cyfrowe** – wszelkiego rodzaju dane w formie możliwej do wykorzystania przez komputery lub inne urządzenia elektroniczne lub elektromechaniczne do przetwarzania danych, a także oprogramowanie komputerowe i wszystkie inne programowane instrukcje do przetwarzania lub manipulacji danymi w dowolnym urządzeniu;
10. **Deszcz Nawalny** – opad deszczu o współczynniku wydajności co najmniej 3 ustalonym przez Allianz na podstawie danych ze stacji pomiarowej Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej, znajdującej się najbliższej miejsca ubezpieczenia, w którym powstała Szkoda. Jeżeli uzyskanie takich danych nie jest możliwe, Allianz stwierdzi

wystąpienie Deszczu Nawalnego, o ile charakter i rozmiar szkód w miejscu ubezpieczenia lub jego sąsiedztwie wskazuje na jego działanie. Współczynnik wydajności jest równy ilorazowi wielkości opadu wyrażonej w milimetrach na metr kwadratowy powierzchni i pierwiastka z czasu trwania tego opadu wyrażonego w minutach;

11. **Dym lub Sadza** – zawiesina cząsteczek w gazie, będąca skutkiem spalania lub spalania niecałkowitego, która dotarła do Ubezpieczonego Mienia;
 12. **Eksplzja lub Implozja** – zespół zjawisk towarzyszących nagłemu przejściu układu z jednego stanu równowagi w drugi, z gwałtownym wyzwoleniem dużych ilości energii w postaci ciepła, ciśnienia, promieniowania lub fal akustycznych. Pod pojęciem Eksplozji rozumie się ciśnieniowego, który jest napędzony parą lub gazem, rozumie się rozerwanie ściany zbiornika i gwałtowne wyrównanie ciśnień na zewnątrz i wewnątrz zbiornika, jak również gwałtownie przebiegającą reakcję chemiczną wewnątrz zbiornika wywołującą uszkodzenie jego wewnętrznych powłok. Pod pojęciem Implozji rozumie się uszkodzenie zbiornika lub aparatu próżniowego na skutek działania podciśnienia;
 13. **Fala Dźwiękowa** – fala uderzeniowa powstała w wyniku przekroczenia bariery dźwięku przez statek powietrzny;
 14. **Franszyza Redukcyjna** – ustalona z Ubezpieczającym wartość wyrażona kwotowo lub procentowo, o którą Allianz zmniejsza wysokość odszkodowania;
 15. **Grad** – opad atmosferyczny składający się z bryłek lodu;
 16. **Huragan** – wiatr o prędkości co najmniej 13,9 m/s (50 km/h), ustalanej przez Allianz na podstawie danych ze stacji pomiarowej Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej, znajdującej się najbliższej miejsca ubezpieczenia, w którym powstała Szkoda. Jeżeli prędkość wiatru w miejscu ubezpieczenia nie może zostać ustalona na podstawie ww. danych, Allianz stwierdzi fakt wystąpienia Huraganu, o ile charakter i rozmiar szkód w miejscu ubezpieczenia lub jego sąsiedztwie na to wskazuje;
 17. **Inne Nienazwane Ryzyka** – Zdarzenie Ubezpieczeniowe inne niż określone w § 4 ust. 3 pkt. 1-6 OWUMP;
 18. **Kategoria Ubezpieczonego Mienia** – jednostkowo wymieniony w dokumencie ubezpieczenia przedmiot ubezpieczenia, grupa przedmiotów ubezpieczenia stanowiąca jedną z kategorii wymienionych w § 3 ust. 1 OWUMP lub inna określona w dokumencie ubezpieczenia grupa przedmiotów ubezpieczenia, dla których zostały określone odrębne Sumy Ubezpieczenia;
 19. **Kradzież z Włamaniem** – dokonanie lub usiłowanie dokonania zaboru Ubezpieczonego Mienia z wnętrza Budynku lub Lokalu w celu jego przywłaszczenia:
 - 1) po uprzednim usunięciu lub zniszczeniu przez sprawcę zabezpieczenia dostępu do Budynku lub Lokalu przy użyciu narzędzi lub siły, z pozostawieniem śladów włamania na tych zabezpieczeniach stanowiących dowód użycia siły lub narzędzi,
 - 2) po otwarciu przez sprawcę zabezpieczenia dostępu do Budynku lub Lokalu podrobionym kluczem, innym narzędziem lub kluczem oryginalnym, który sprawca zdobył w wyniku kradzieży z włamaniem do innego Budynku lub Lokalu, lub w wyniku Rabunku,
 - 3) po ukryciu się sprawcy w Budynku lub Lokalu w godzinach otwarcia i dokonaniu kradzieży po zamknięciu Budynku lub Lokalu, gdy sprawca pozostawił widoczne ślady jego opuszczenia.
- W odniesieniu do Wartości Pieniężnych lub Papierów Wartościowych, które Ubezpieczony zobowiązany jest przechowywać w zamkniętych schowkach, takich jak: kasety stalowe, szafy stalowe, szafy pancerne, sejfy, za Kradzież z Włamaniem uważa się również otwarcie takiego schowka przy użyciu narzędzi lub podrobionego lub dopasowanego klucza bądź klucza oryginalnego, w którego posiadanie sprawca wszedł wskutek popełnienia czynu zabronionego;
20. **Kradzież lub Rabunek Wartości Pieniężnych w Transporcie** – dokonanie lub usiłowanie dokonania Rabunku transportowanych Wartości Pieniężnych lub ich zaboru z wnętrza Pojazdu samochodowego używanego do transportu Ubezpieczonego Mienia w celu przywłaszczenia, po uprzednim usunięciu lub zniszczeniu przez sprawcę istniejących zabezpieczeń przy użyciu narzędzi lub siły, z pozostawieniem śladów włamania na tych zabezpieczeniach stanowiących dowód użycia siły lub narzędzi, lub po otwarciu przez sprawcę zabezpieczenia podrobionym kluczem, innym narzędziem lub kluczem oryginalnym, który sprawca zdobył w wyniku Kradzieży z Włamaniem lub Rabunku;
 21. **Lawina** – gwałtowne zsuwanie lub staczanie się mas śniegu, lodu, skał, kamieni lub błota ze zbocza góry, wzgórza lub doliny;
 22. **Lokal** – przestrzeń wyodrębniona z Budynku za pomocą przegród budowlanych stanowiąca funkcjonalną lub gospodarczą całość, składająca się z jednego lub większej liczby pomieszczeń

wraz z przynależnymi do Lokalu przyłączami, urządzeniami instalacyjnymi, zainstalowanymi na stałe w Lokalu elementami wykończeniowymi, oraz elementami reklamowymi przytwierdzonymi do Budynku, w którym znajduje się Lokal;

23. **Lokaut** – zamierzone przez pracodawcę działanie polegające na:
 - 1) zamknięciu przedsiębiorstwa,
 - 2) masowym zwolnieniu Pracowników,
 - 3) zawieszeniu wzajemnych obowiązków stron stosunku pracy,przeprowadzone w celu zmuszenia Pracowników do przyjęcia gorszych warunków pracy;
24. **Maszyzny i Urządzenia** – stanowiące wyposażenie techniczne przedsiębiorstwa urządzenia (w tym Sprzęt Elektroniczny) lub zespoły urządzeń, składające się z części mechanicznych lub elektrycznych (elektrycznych) połączonych w funkcjonalną całość mającą konkretne zastosowanie, służące przetworzeniu energii lub wykonaniu pracy, z wyłączeniem Pojazdów i Urządzeń Budowlanych;
25. **Mienie Osób Trzecich** – potwierdzone dokumentem przyjęcia mienia należące do Osób Trzecich przyjęte w celu wykonania usługi przez Ubezpieczonego lub znajdujące się w pieczy, pod kontrolą lub dozorem Ubezpieczonego, z wyjątkiem Mienia Pracowniczego;
26. **Mienie Pracownicze** – mienie należące do Pracowników Ubezpieczonego;
27. **Mikroorganizmy** – organizmy o mikroskopijnej wielkości: bakterie, wirusy, archeony, pierwotniaki, glony i grzyby mikroskopijne;
28. **Nakłady Inwestycyjne** – koszty poniesione przez Ubezpieczonego na roboty wykończeniowe, instalacje, remonty lub adaptacje w obiektach lub pomieszczeniach niebędących własnością Ubezpieczonego, a przez niego użytkowanych na podstawie tytułu prawnego;
29. **Napór Śniegu lub Lodu** – zniszczenie lub uszkodzenie przedmiotu ubezpieczenia spowodowane przez działanie ciężaru śniegu lub lodu;
30. **Nośniki Danych** – przedmiot niebędący Sprzętem Elektronicznym, na którym możliwe jest zapisanie oraz odczytanie Danych Elektronicznych i Cyfrowych służący do ich przechowywania, w tym: dyskietka, optyczny nośnik danych, taśma magnetyczna, karta magnetyczna;
31. **Obsunięcie Ziemi** – uwarunkowane przyczynami naturalnymi zsuwanie się lub spadanie mas ziemnych lub skalnych;
32. **Oferta** – oferta zawarcia Umowy Ubezpieczenia złożona Ubezpieczającemu przez Allianz;
33. **Okres Ubezpieczenia** – wskazany w Umowie Ubezpieczenia i potwierdzony w dokumencie ubezpieczenia okres, w jakim Allianz udziela ochrony ubezpieczeniowej;
34. **Osoba Trzecia** – osoba niebędąca ani Ubezpieczającym, ani Ubezpieczonym w ramach zawartej Umowy Ubezpieczenia;
35. **Papiery Wartościowe** – instrumenty finansowe stanowiące:
 - 1) akcje, prawa poboru w rozumieniu przepisów Kodeksu spółek handlowych, prawa do akcji, warianty subskrypcyjne, kwity depozytowe, obligacje, listy zastawne, certyfikaty inwestycyjne i inne zbywalne papiery wartościowe, w tym inkorporujące prawa majątkowe odpowiadające prawom wynikającym z akcji lub z zaciągnięcia długu, wyemitowane na podstawie przepisów prawa polskiego lub obcego,
 - 2) inne zbywalne prawa majątkowe, które powstają w wyniku emisji, inkorporujące uprawnienie do nabycia lub objęcia papierów wartościowych określonych w pkt. 1), lub wykonywane poprzez dokonanie rozliczenia pieniężnego, odnoszące się do papierów wartościowych określonych w pkt. 1), walut, stóp procentowych, stóp zwrotu, towarów oraz innych wskaźników lub mierników (prawa pochodne);
36. **Pęknięcie Mrozone** – spowodowane mrozem pęknięcie znajdujących się wewnątrz Budynku lub Lokalu: armatury sanitarnej, wodomierzy, zbiorników, kotłów, bojlerów, pomp ciepłych, instalacji wodociągowych lub kanalizacyjnych, instalacji grzewczych, chłodniczych, klimatyzacyjnych, tryskaczowych lub gaśniczych lub wyciek pary, wody, innej cieczy, czynnika chłodniczego lub środka gaśniczego, który powstał na skutek tego pęknięcia;
37. **Pojazd** – środek transportu lądowego przeznaczony do poruszania się na kołach, gąsienicach lub płożach, po szynach, drodze lub bezpośrednio po gruncie, oraz maszyna lub urządzenie do tego przystosowane;
38. **Pośrednie Uderzenie Pioruna** – pośrednie oddziaływanie wyładowania atmosferycznego na Ubezpieczone Mienie poprzez wywołanie indukcji elektromagnetycznej;
39. **Powódź** – zalanie terenu powstałe w wyniku opadów atmosferycznych lub w wyniku wystąpienia z brzegów wód powierzchniowych stojących lub płynących;
40. **Pożar** – działanie ognia, który wydostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile;
41. **Pracownik** – osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę lub świadcząca pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej, z wyłączeniem osoby fizycznej, która zawarła z Ubezpieczonym umowę cywilnoprawną w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej; za Pracownika uważa się również stażystę, praktykanta lub wolontariusza, którym Ubezpieczony powierzył wykonywanie określonych czynności;
42. **Przedmioty Wartościowe** – złoto, srebro, kamienie szlachetne i perły, platyna i inne metale z grupy platynowców oraz wyroby z nich, z wyjątkiem przedmiotów będących muzealiami zgodnie z ustawą o muzeach;
43. **Roboty Budowlane** – budowa oraz prace polegające na przebudowie, montażu, remoncie lub rozbiórce obiektu budowlanego, a także prace montażowe Maszyn i Urządzeń, obejmujące koszt robocizny, użytych materiałów budowlanych, montowanych Maszyn i Urządzeń oraz sprzętu;
44. **Rabunek** – zabór Ubezpieczonego Mienia przez sprawcę, na skutek zastosowania wobec Ubezpieczonego lub jego Pracowników lub osób, którym Ubezpieczony powierzył pieczę nad Ubezpieczonym Mieniem lub którym zlecił ochronę miejsca ubezpieczenia, przemocy fizycznej lub groźby jej natychmiastowego użycia albo wykorzystania stanu ich nieprzytomności lub bezbronności;
45. **Rozruchy** – gwałtowne wywołanie niepokojów społecznych przez grupę osób działających wspólnie przeciwko porządkowi publicznemu;
46. **Sprzęt Elektroniczny** – stanowiące wyposażenie techniczne przedsiębiorstwa urządzenia zasilane energią elektryczną, w których wartość elementów lub modułów elektronicznych stanowi przynajmniej połowę ich wartości, albo które służą wyłącznie do odbierania, przechowywania, cyfrowego przetwarzania i wysyłania informacji w dowolnej formie;
47. **Stan Pod Wpływem Alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi 0,2 promila alkoholu lub więcej, lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi lub prowadzi do obecności 0,1 mg lub więcej;
48. **Stan Pod Wpływem Środków Narkotycznych** – stan po użyciu środków odurzających lub po użyciu substancji psychotropowych lub po użyciu środków zastępczych lub po użyciu nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;
49. **Strajk** – całkowite lub częściowe wstrzymanie pracy przez Pracowników, które ma na celu wymuszenie na pracodawcy określonych działań, albo w celu wyrażenia sprzeciwu wobec działań pracodawcy lub warunków zatrudnienia;
50. **Suma Ubezpieczenia** – określona w Umowie Ubezpieczenia i wskazana w dokumencie ubezpieczenia maksymalna kwota, do wysokości której Allianz ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą;
51. **Stłuczenie Szyby i Przedmiotów Szklanych** – zniszczenie wskutek rozbicia na części lub spekanie nieuszkodzonych w chwili przyjęcia do ubezpieczenia szyb, przedmiotów szklanych lub wykonanych z poliwęglanu zamontowanych lub zainstalowanych zgodnie z ich przeznaczeniem, stanowiących:
 - 1) oszklenie zewnętrzne i wewnętrzne w Budynkach lub Lokalach: szyby okienne i drzwiowe, oszklenie ścian i dachów, świetliki dachowe, szklane przegrody ścienne, ostony boksów, kabin, kontuarów, w tym szyby przeciwwłamaniowe i kuloodporne;
 - 2) elementy szklane wind;
 - 3) baterie i kolektory słoneczne, ogniwa fotowoltaiczne;
 - 4) tablice reklamowe, szyldy, gabloty ze szkła lub tworzyw sztucznych znajdujące się w miejscu ubezpieczenia,
 - 5) płyty szklane stanowiące część składową mebli, stołów, lad chłodniczych, lustra zamontowane w ścianach lub meblach;
 - 6) neony, reklamy świetlne;
 - 7) okładziny ceramiczne i kamienne wewnątrz i na zewnątrz Budynku lub Lokalu;
 - 8) witraże;
 - 9) oszklenia kominków;
 - 10) akwaria i terraria;
52. **Szkoda** – fizyczne zniszczenie, uszkodzenie lub utrata Ubezpieczonego Mienia powstałe w następstwie zaistnienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
53. **Szkoda Całkowita** – fizyczna utrata Ubezpieczonego Mienia, zniszczenie lub jego uszkodzenie w takim stopniu, że jego naprawa nie jest możliwa, tj. nawet po jej dokonaniu mienie to nie odzyskałoby dotychczasowej funkcjonalności albo byłoby ekonomicznie nieuzasadnione, ze względu na to, że koszt naprawy byłby wyższy niż Wartość Ubezpieczeniowa tego mienia bezpośrednio przed powstaniem Szkody;
54. **Szkoda Częściowa** – Szkoda niebędąca Szkodą Całkowitą;

55. **Środki Obrotowe** – aktywa rzeczowe służące zapewnieniu ciągłości procesów produkcji i dystrybucji: produkty gotowe, półprodukty i produkcja w toku, materiały, towary oraz inne rzeczy uznane w ustawie o rachunkowości za zapasy.
56. **Trzęsienie Ziemi** – wstrząsy powierzchni ziemi wywołane przez naturalne przemieszczenia mas skalnych w obrębie skorupy ziemskiej;
57. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, zawierająca Umowę Ubezpieczenia z Allianz;
58. **Ubezpieczenie Zewnętrzne** – sytuacja, gdy Ubezpieczone Mienie w związku z przeglądem, konserwacją, remontem, naprawą, wypozyczeniem, adaptacją lub ekspozycją znajduje się poza miejscem ubezpieczenia wymienionym w Umowie Ubezpieczenia na terytorium Polski;
59. **Ubezpieczone Mienie** – mienie stanowiące przedmiot materialny, którego wartość została ujęta w Sumie Ubezpieczenia, wskazane w Umowie Ubezpieczenia i potwierdzone w dokumencie ubezpieczenia;
60. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna lub osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, na rzecz której zawarto Umowę Ubezpieczenia;
61. **Uderzenie Fali Dźwiękowej** – niszczące działanie fali dźwiękowej powstałej w wyniku przekroczenia bariery dźwięku przez statek powietrzny;
62. **Uderzenie Pioruna** – bezpośrednie działanie wyładowania atmosferycznego na Ubezpieczone Mienie;
63. **Uderzenie Pojazdu** – uderzenie w Ubezpieczone Mienie przez Pojazd lub przez przewożony tym Pojazdem ładunek;
64. **Udział Własny** – określona kwotowo lub procentowo część ubezpieczonego ryzyka ustalona z Ubezpieczającym, która w razie wystąpienia Szkody zostanie pokryta przez Ubezpieczonego ze środków własnych;
65. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie OWUMP i złożonego przez Ubezpieczającego Wniosku lub złożonej przez Allianz Oferty;
66. **Upadek Drzew, Dźwigów lub Budowli** – upadek drzew, masztów, dźwigów, kominów, innych Budowli lub Budynków, lub ich części na Ubezpieczone Mienie;
67. **Upadek Statku Powietrznego** – katastrofa bądź przymusowe lądowanie samolotu lub innego obiektu latającego, a także upadek jego części, przewożonego ładunku lub zrzuconego awaryjnie paliwa;
68. **Urządzenia Budowlane** – urządzenia techniczne związane z obiektem budowlanym, zapewniające możliwość jego użytkowania zgodnie z przeznaczeniem, takie jak przyłącza i urządzenia instalacyjne, w tym służące oczyszczaniu lub gromadzeniu ścieków, a także przejazdy, ogrodzenia, place postojowe i place pod śmietniki;
69. **Wandalizm po Włamaniu** – zniszczenie lub uszkodzenie Ubezpieczonego Mienia przez sprawcę, który dokonał Kradzieży z Włamaniem lub Rabunku;
70. **Wartości Pieniężne** – krajowe i zagraniczne znaki pieniężne, znaki akcyzowe, znaczki pocztowe, Przedmioty Wartościowe;
71. **Wartość Księgową Brutto** – ewidencyjna wartość początkowa Ubezpieczonego Mienia, stanowiąca cenę jego nabycia lub koszt wytworzenia z uwzględnieniem zwiększenia wartości w wyniku ulepszeń oraz przeszacowań dokonanych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
72. **Wartość Nominalna** – wartość emisyjna uwidoczniona na banknocie, monecie lub kwota wskazana na czeku, wekslu, deklaracji wekslowej lub innym dokumencie zastępującym w obrocie gotówkę;
73. **Wartość Odtworzeniowa** – wartość odpowiadająca kosztom odtworzenia Ubezpieczonego Mienia do stanu nowego, lecz nieulepszono, tj. w odniesieniu do:
- 1) Budynków i Budowli – kwota środków finansowych niezbędna do wybudowania w danym miejscu ubezpieczenia nowego obiektu o takich samych wymiarach, konstrukcji i standardzie wykończenia, jak obiekt stanowiący przedmiot ubezpieczenia, z uwzględnieniem wszystkich niezbędnych kosztów towarzyszących procesowi inwestycyjnemu;
 - 2) Środków Obrotowych i Przedmiotów Wartościowych – kwota środków finansowych niezbędna do ich nabycia lub odpowiadająca kosztom ich ponownego wytworzenia;
 - 3) Planów, projektów, modeli, wzorów, prototypów – kwota środków finansowych równa kosztom poniesionym na ich wytworzenie lub zakup;
 - 4) Nośników danych – kwota środków finansowych niezbędnych do zakupu niezapisanego nośnika;
 - 5) Maszyn i Urządzeń, Wyposażenia, Nakładów Inwestycyjnych oraz innego mienia – kwota środków finansowych niezbędna do zakupu lub wytworzenia mienia o takich samych parametrach użytkowych i jakościowych jak mienie będące przedmiotem ubezpieczenia lub najbardziej zbliżonych, jeżeli ze względu na zakończenie produkcji nie można zakupić lub wytworzyć mienia o takich samych parametrach;
74. **Wartość Rzeczywista** – wartość, jaka wynika z Wartości Odtworzeniowej mienia pomniejszonej o stopień jego faktycznego Zużycia Technicznego;
75. **Wartość Ubezpieczeniowa** – wartość przedmiotów ubezpieczenia stanowiących Ubezpieczone Mienie, ustalona w oparciu o jedną z poniższych wartości:
- 1) dla rzeczowych aktywów trwałych lub rzeczowych aktywów obrotowych:
 - a) Wartość Odtworzeniową,
 - b) Wartość Rzeczywistą,
 - c) Wartość Księgową Brutto,
 - 2) dla Wartości Pieniężnych:
 - a) Wartość Odtworzeniową dla Przedmiotów Wartościowych,
 - b) Wartość Nominalną w odniesieniu do pozostałych Wartości Pieniężnych,
 - 3) dla Papierów Wartościowych: Wartość Rynkową,
 - 4) dla pozostałego mienia: Wartość Odtworzeniową;
76. **Wartość Rynkowa** – średnia cena, po której w dniu, na który ustalona jest ta wartość, były zawierane transakcje na rynku wtórnym dotyczące mienia odpowiadającego Ubezpieczonemu Mieniu;
77. **Wniosek** – złożony Allianz przez Ubezpieczającego wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia sporządzony na formularzu udostępnionym przez Allianz albo w innej formie dokumentowej zaakceptowanej przez Allianz;
78. **Wojna Cyfrowa lub Cyberterrorizm** – wrogie lub wojenne działania innego państwa lub działania osoby, grup osób w imieniu własnym albo na zlecenie lub w powiązaniu z organizacją lub rządem mające podłoże polityczne, religijne, etniczne, ideologiczne lub inne o podobnym charakterze, podejmowane przeciwko systemowi komputerowemu lub sieci komputerowej, lub groźba wykonania takich działań;
79. **Wyposażenie** – przedmioty ruchome stanowiące wykończenie lub wystrój danego Budynku, Budowli lub Lokalu;
80. **Zalanie** – bezpośrednie niszczące oddziaływanie cieczy, pary lub środka gaśniczego na skutek:
- 1) niekontrolowanego wydostania się ze zbiornika, instalacji lub urządzenia wskutek awarii (w tym cofnięcia się z kanalizacji),
 - 2) pozostawienia otwartych kranów lub zaworów w urządzeniach lub instalacjach hydraulicznych,
 - 3) samoczynnego uruchomienia urządzenia lub instalacji gaśniczej,
 - 4) topnienia śniegu lub lodu zalegającego na dachu lub innych elementach Budynku lub Budowli;
81. **Zamieszki Społeczne** – gwałtowne wywołanie niepokojów społecznych o dużej skali przez znaczną liczbę osób działających razem z zamiarem zakłócenia porządku publicznego;
82. **Zapadanie Ziemi** – uwarunkowane przyczynami naturalnymi osiadanie gruntu, spowodowane przez zawalenie się pustych przestrzeni w strukturze ziemi;
83. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – nieprzewidziane, nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie losowe skutkujące Szkodą;
84. **Zużycie Techniczne** – trwałe zmiany fizykochemiczne zachodzące w czasie eksploatacji, w wyniku których okres zdolności do pełnienia przez mienie określonych funkcji użytkowych stopniowo się zmniejsza/wyczerpuje.

Przez skrócone nazwy poniższych ustaw, do których odwołują się OWUMP należy rozumieć:

1. prawo budowlane – ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. prawo budowlane;
2. prawo geologiczne i górnicze – ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. prawo geologiczne i górnicze;
3. ustawa o muzeach – ustawa z dnia 21 listopada 1996 r. o muzeach;
4. ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii – ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
5. ustawa o prawach konsumenta – ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta;
6. ustawa prawo pocztowe – ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. prawo pocztowe;
7. ustawa o rachunkowości – ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
8. ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym – ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym;
9. Kodeks spółek handlowych – ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych.

§ 3 Przedmiot ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest wskazane w Umowie Ubezpieczenia Ubezpieczone Mienie, którym mogą być:
 - 1) Budynki i Budowle;
 - 2) Lokale;
 - 3) Nakłady Inwestycyjne;
 - 4) Maszyny i Urządzenia, Sprzęt Elektroniczny;
 - 5) Nośniki Danych;
 - 6) Wyposażenie;
 - 7) Środki Obrótowe;
 - 8) Mienie Pracownicze;
 - 9) Wartości Pieniężne;
 - 10) Papiery Wartościowe;
 - 11) Plany, projekty, modele, wzory, prototypy;
 - 12) Mienie Osób Trzecich;
 - 13) Inne mienie stanowiące przedmiot materialny.
2. Mienie wymienione poniżej nie stanowi przedmiotu ubezpieczenia:
 - 1) akweny wodne, tamy, grunty i uprawy, żywe zwierzęta;
 - 2) Pojazdy podlegające obowiązkowi rejestracji, statki powietrzne lub wodne, Pojazdy szynowe lub kolejowe chyba, że stanowią Środki Obrótowe lub Mienie Osób Trzecich;
 - 3) napowietrzne linie przesyłowe oraz urządzenia towarzyszące, jeżeli znajdują się dalej niż 150 m od granicy miejsca ubezpieczenia;
 - 4) podziemne zakłady górnicze, tunele, studnie, odwierty oraz inne Budowle, Maszyny i Urządzenia lub Wyposażenie znajdujące się pod ziemią;
 - 5) znajdujące się poza linią brzegową akwenów wodnych;
 - 6) instalacje służące do przygotowania paliwa jądrowego lub je wykorzystujące wraz z całym mieniem towarzyszącym;
 - 7) prototypowe lub poddawane testom sprawności, wydajności, wytrzymałości, ruchowi lub obciążeniom próbnym;
 - 8) Dane Elektroniczne i Cyfrowe;
 - 9) Roboty Budowlane;
 - 10) obiekty budowlane lub ich części objęte zakazem użytkowania wydanym na podstawie prawa budowlanego lub przeznaczone do rozbiórki oraz znajdujące się w nich mienie, a także mienie przeznaczone do likwidacji;
 - 11) Budynki nieużytkowane lub wyłączone z eksploatacji ponad 60 dni oraz mienie w nich się znajdujące;
 - 12) dzieła sztuki, muzealia, przedmioty zabytkowe, posiadające wartość kolekcjonerską lub historyczną;
 - 13) karty wydawane przez instytucje finansowe, karty rabatowe, pieniądze elektroniczne, kryptowaluty, czek, weksle lub inne dokumenty zastępujące w obrocie Wartości Pieniężne;
 - 14) Wartości Pieniężne należące do Pracowników Ubezpieczonego;
 - 15) Środki Obrótowe trwale wycofane z obrotu lub których termin ważności upłynął przed powstaniem Szkody lub pozbawione wartości handlowej;
 - 16) pochodzące z przestępstwa chyba, że własność mienia została nabyta na zasadzie dobrej wiary;
 - 17) posiadanie którego jest nielegalne.

§ 4 Zakres ubezpieczenia

1. Allianz wypłaci odszkodowanie za Szkodę w granicach i na zasadach określonych w niniejszej Umowie Ubezpieczenia, jeżeli Szkoła w Ubezpieczonym Mieniu powstała w miejscu ubezpieczenia i w Okresie Ubezpieczenia, w następstwie zmaterializowania się Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności określonych w Umowie Ubezpieczenia.
2. Zakres ubezpieczenia określony jest w Umowie Ubezpieczenia i potwierdzony w dokumencie ubezpieczenia.
3. Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta w zakresie następujących Zdarzeń Ubezpieczeniowych:
 - 1) Pożaru, Eksplozji lub Implozji, Dymu lub Sadzy, Uderzenia Pioruna, Pośredniego Uderzenia Pioruna, Upadku Statku Powietrznego, Powodzi, Huraganu, Gradu, Deszczu Nawalnego, Zalania, Pęknięcia Mroźowego, Trzęsienia Ziemi, Obsunięcia Ziemi, Zapadania Ziemi, Uderzenia Pojazdu, Uderzenia Fali Dźwiękowej, Naporu Śniegu lub Lodu, Lawiny;
 - 2) Upadku Drzew, Dźwigów lub Budowli;
 - 3) Stłuczzenia Szyb i Przedmiotów Szklanych;
 - 4) Kradzieży z Włamaniem, Rabunku, Wandalizmu po Włamaniu, Celowego Uszkodzenia;
 - 5) Kradzieży lub Rabunku Wartości Pieniężnych w Transporcie;
 - 6) Awarii Elektrycznej, Awarii Mechanicznej;

- 7) Innych Nienazwanych Ryzyk.
4. Ponadto Allianz udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Szkód w Ubezpieczonym Mieniu powstałych wskutek:
 - 1) akcji gaśniczej lub ratowniczej, w tym rozbiórki, wyburzania lub odgruzowywania, prowadzonej w związku ze Szkodą, za którą Allianz ponosi odpowiedzialność na podstawie Umowy Ubezpieczenia;
 - 2) skażenia lub zanieczyszczenia będącego skutkiem Szkody, za którą Allianz ponosi odpowiedzialność na podstawie Umowy Ubezpieczenia;

§ 5 Miejsce ubezpieczenia

1. Miejscem ubezpieczenia jest wskazane w Umowie Ubezpieczenia i potwierdzone w dokumencie ubezpieczenia miejsce, w którym znajduje się Ubezpieczone Mienie.
2. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje Wartości Pieniężne od ryzyka Kradzieży lub Rabunku Wartości Pieniężnych w Transporcie to miejscem ubezpieczenia w odniesieniu do transportowanych Wartości Pieniężnych jest terytorium kraju, w którym znajduje się miejsce ubezpieczenia określone w ust. 1.
3. Jeżeli w Umowie Ubezpieczenia ustalono limit odpowiedzialności dla Ubezpieczenia Zewnętrznego ochrona ubezpieczeniowa obejmuje Szkoły w Ubezpieczonym Mieniu podczas Ubezpieczenia Zewnętrznego z zastrzeżeniem, że ochroną ubezpieczeniową nie są objęte Szkoły:
 - 1) powstałe w trakcie transportu tego mienia lub jego przemieszczania się za pomocą własnego napędu;
 - 2) spowodowane przez Awarię Elektryczną lub Awarię Mechaniczną;
 - 3) spowodowane przez Inne Nienazwane Ryzyka.W przypadku, gdy w ramach Ubezpieczenia Zewnętrznego Szkoła powstała wskutek Kradzieży z Włamaniem lub Rabunku, Wandalizmu po Włamaniu lub Celowego Uszkodzenia, ochrona ubezpieczeniowa obowiązuje wyłącznie wtedy, gdy rodzaj zabezpieczeń przeciwkradzieżowych w miejscu, w którym znajduje się Ubezpieczone Mienie, jest co najmniej taki sam, jak w miejscu ubezpieczenia tego mienia określonym w Umowie Ubezpieczenia.
4. Jeżeli w związku z bezpośrednim zagrożeniem wystąpienia Szkody, za którą zgodnie z Umową Ubezpieczenia Allianz ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą, Ubezpieczony w celach ratunkowych usunął Ubezpieczone Mienie z miejsca ubezpieczenia to miejsce, do którego zostało ono przeniesione staje się automatycznie miejscem ubezpieczenia aż do zakończenia akcji ratunkowej. Po zakończeniu akcji ratunkowej ubezpieczenie w nowym miejscu ubezpieczenia będzie kontynuowane po zawiadomieniu o tym fakcie Allianz i potwierdzeniu przez Allianz na piśmie, że obejmuje to miejsce ochroną ubezpieczeniową.

§ 6 Umowa ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na podstawie Wniosku złożonego przez Ubezpieczającego u przedstawiciela Allianz lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej. Umowa Ubezpieczenia może być również zawarta poprzez przyjęcie przez Ubezpieczającego warunków Oferty złożonej przez Allianz.
2. Wniosek powinien zawierać przynajmniej następujące dane:
 - 1) nazwę i adres Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, NIP;
 - 2) rodzaj i charakterystykę działalności prowadzonej przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego;
 - 3) Okres Ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia, miejsce lub miejsca ubezpieczenia;
 - 4) wysokość Sum Ubezpieczenia poszczególnych Kategorii Ubezpieczonego Mienia;
 - 5) informacje o liczbie, wysokości i przyczynach Szkód w mieniu Ubezpieczającego i Ubezpieczonego w ostatnich trzech latach, bez względu na to, czy mienie było objęte ochroną ubezpieczeniową lub czy za Szkołę w tym mieniu zostało wypłacone odszkodowanie;
 - 6) informacje o zabezpieczeniach przeciwpożarowych oraz przeciwkradzieżowych.
3. Allianz może wymagać od Ubezpieczającego udzielenia dodatkowych informacji i wyjaśnień niezbędnych do wykonania przez Allianz oceny ryzyka.
4. Allianz potwierdza zawarcie Umowy Ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.
5. O ile nie umówiono się inaczej, Umowę Ubezpieczenia zawiera się na Okres Ubezpieczenia wynoszący 12 miesięcy.

6. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz zapytywał we Wniosku albo przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę Ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Allianz Umowy Ubezpieczenia, mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać Allianz o zmianie okoliczności wymienionych w ust. 6, niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 14 dni, po otrzymaniu o nich wiadomości. W razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek określony w zdaniu poprzedzającym spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek.
8. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 6-7 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w ust. 6-7 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości uznaje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe przewidziane Umową Ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 7 Składka

1. Składka należna Allianz za udzielanie ochrony ubezpieczeniowej jest wyznaczana przez iloczyn Sumy Ubezpieczenia i stawki wyrażonej w promilach lub procentach bądź kwotowo dla danej Kategorii Ubezpiezonego Mienia.
2. Wysokość stawki ustala każdorazowo Allianz według taryfy obowiązującej w dniu zawierania Umowy Ubezpieczenia lub na podstawie indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z prowadzonej przez Ubezpieczającego działalności, z uwzględnieniem: zabezpieczeń przeciwpożarowych, przeciwkradzieżowych i innych zabezpieczeń zadeklarowanych przez Ubezpieczającego we Wniosku, zakresu ochrony, wysokości Franszyzy Redukcyjnej lub Udziału Własnego i limitów odpowiedzialności, miejsca ubezpieczenia, rodzaju i wieku Ubezpiezonego Mienia, liczby i wysokości szkód w mieniu w poprzednich latach ubezpieczenia, oraz innych czynników, które mogą mieć wpływ na prawdopodobieństwo powstania lub rozmiar Szkody, o które Ubezpieczający był pytany albo przekazał Allianz przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
3. O ile nie umówiono się inaczej, wysokość stawki określana jest za Okres Ubezpieczenia wynoszący 12 miesięcy.
4. Wysokość składki, termin oraz sposób jej zapłaty są określone w Umowie Ubezpieczenia. Jeżeli nie umówiono się inaczej, składka powinna być zapłacona jednorazowo przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia.
5. W przypadku dokonania płatności składki przekazem pocztowym lub przelewem bankowym za datę opłacenia składki lub jej raty uznaje się datę stempla pocztowego uwidocznioną na dokumencie przekazu pocztowego lub datę przelewu bankowego pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość dostępnych środków pozwalająca na realizację przelewu.
6. Za zapłatę składki lub raty składki uważa się zapłatę pełnej kwoty określonej w Umowie Ubezpieczenia i wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.
7. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Allianz wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
8. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu Ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
9. Jeżeli na pytania zadane przez Allianz przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający złożył niezgodne ze swoją wiedzą oświadczenia albo dokumenty poświadczające nieprawdę mające wpływ na wysokość składki ubezpieczeniowej, Allianz przysługuje prawo do pisemnego wezwania Ubezpieczającego do dopłaty składki wynikającej z różnicy pomiędzy składką, jaką powinien zapłacić w chwili zawierania Umowy Ubezpieczenia, a składką zapłaconą w terminie określonym w wezwaniu.
10. W przypadku wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego powodującego obowiązek wypłaty przez Allianz odszkodowania wyczerpującego Sumę Ubezpieczenia, niewymagalna składka ubezpieczeniowa pozostała do zapłaty staje się wymagalna. Allianz może potrącić pozostałą do zapłaty składkę ubezpieczeniową z kwoty należnego odszkodowania, o ile odszkodowanie przysługuje Ubezpieczonemu będącemu jednocześnie Ubezpieczającym.
11. W razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia Środków Obrotowych w systemie ubezpieczenia na sumy zmienne składkę należną Allianz określa się w następujący sposób:

- 1) przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia Allianz pobiera składkę zaliczkową w wysokości ustalonej w dokumencie ubezpieczenia, stanowiącej określoną procentowo część składki wyliczonej przez zastosowanie stawki uzgodnionej dla Środków Obrotowych do Sumy Ubezpieczenia Środków Obrotowych;
- 2) najpóźniej w terminie 14 dni od daty zakończenia Okresu Ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić Allianz informację o wartości stanów Środków Obrotowych na ostatni dzień każdego miesiąca trwania Umowy Ubezpieczenia, chyba, że Okres Ubezpieczenia kończy się innego dnia niż ostatni dzień miesiąca, wtedy zgłoszenie za ostatni miesiąc powinno dotyczyć wartości stanu Środków Obrotowych na ostatni dzień Okresu Ubezpieczenia. Jeżeli informacja nie zostanie przekazana przez Ubezpiezonego w wymaganym terminie Allianz przyjmie, że powyższe wartości stanów Środków Obrotowych są równe Sumie Ubezpieczenia Środków Obrotowych;
- 3) składkę należną otrzymuje się przez zastosowanie stawki uzgodnionej dla Środków Obrotowych do kwoty stanowiącej średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie wartości Środków Obrotowych zgłoszonych zgodnie z pkt 2):
 - a) jeżeli składka należna jest niższa niż składka zaliczkowa to nadwyżka składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu w terminie 30 dni od otrzymania przez Allianz informacji, o której mowa w pkt 2) powyżej;
 - b) jeżeli składka należna jest wyższa niż pobrana składka zaliczkowa, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia powstałej różnicy na podstawie otrzymanego od Allianz wezwania, w terminie w nim określonym, nie krótszym niż 7 dni od jego otrzymania przez Ubezpieczającego.

§ 8 Początek i koniec odpowiedzialności Allianz

1. Odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu Umowy Ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu całości składki lub jej pierwszej raty, o ile w Umowie Ubezpieczenia nie wskazano inaczej.
2. Jeżeli zgodnie z Umową Ubezpieczenia Allianz ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Allianz może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, na który przypadła niezapłacona składka.
3. W razie opłacenia składki w ratach, nieopłacenie kolejnej raty składki w terminie określonym w Umowie Ubezpieczenia spowoduje ustanie odpowiedzialności Allianz, jeśli po upływie terminu zapłaty Allianz wezwał Ubezpieczającego do zapłaty raty składki informując w wezwaniu o skutkach braku płatności (ustanie odpowiedzialności Allianz), o ile zapłata nie zostanie dokonana w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania.
4. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się, a odpowiedzialność Allianz ustaje:
 - 1) z upływem ostatniego dnia Okresu Ubezpieczenia, na jaki została zawarta;
 - 2) z chwilą przeniesienia własności Ubezpiezonego Mienia, w odniesieniu do tego mienia, z wyjątkiem przypadków, gdy przejście własności Ubezpiezonego Mienia następuje na rzecz:
 - a) leasingobiorcy, pożyczkobiorcy lub kredytobiorcy, któremu instytucja finansowa oddała przewłaszczone Ubezpieczone Mienie do używania w ramach umowy leasingu, umowy pożyczki lub umowy kredytu;
 - b) leasingodawcy, pożyczkodawcy lub kredytodawcy, który oddał przewłaszczone Ubezpieczone Mienie do użytkowania przez Ubezpiezonego w ramach umowy leasingu, umowy pożyczki lub umowy kredytu;
 - 3) z dniem odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia lub upływu okresu jej wypowiedzenia;
 - 4) w sytuacji określonej w ust. 3 powyżej;
 - 5) z dniem wyczerpania się Sumy Ubezpieczenia.
5. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Allianz udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
6. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia objętego ochroną

na podstawie Umowy Ubezpieczenia, każda ze stron Umowy Ubezpieczenia może zażądać zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku Okresu Ubezpieczenia. W razie zgłoszenia żądania, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

7. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia zawarta jest na czas określony, Allianz może ją wypowiedzieć jedynie z ważnych powodów wymienionych poniżej:
 - 1) w trakcie trwania Umowy (w tym po zgłoszeniu Szkody) zostało ujawnione, że Ubezpieczający umyślnie albo przez rażące niedbalstwo podał do wiadomości Allianz informacje niezgodne z rzeczywistością, wbrew obowiązkom wynikającym z § 6 ust. 6 OWUMP;
 - 2) Ubezpieczony umyślnie lub przez rażące niedbalstwo uchybił swoim obowiązkom dotyczącym zapobiegania zjawisku wypadku ubezpieczeniowego – pomimo pisemnego wezwania ze strony Allianz do zaprzestania tym uchybieniem;
 - 3) Ubezpieczony wyłudził świadczenie ubezpieczeniowe od Allianz;
 - 4) Ubezpieczony nie zapewnił środków bezpieczeństwa określonych w Umowie Ubezpieczenia lub nie usunął szczególnych zagrożeń, których usunięcia Allianz domagał się na piśmie zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 9 OWUMP;
 - 5) Ubezpieczony nie zrealizował zaleceń wydanych przez Allianz zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 10 OWUMP.
8. W razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na czas określony dłuższy niż 12 miesięcy, Ubezpieczający może ją rozwiązać po upływie 12 miesięcy z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia licząc od daty jego otrzymania przez Allianz.
9. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony, każda ze stron może ją rozwiązać po upływie 12 miesięcy z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia licząc od daty jego otrzymania przez drugą ze stron.
10. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego lub Allianz następuje w formie pisemnej.

§ 9 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Zakres ochrony ubezpieczeniowej określony w OWUMP, bez względu na inne przyczyny działające równocześnie lub w sekwencji zdarzeń, nie obejmuje Szkód powstałych wskutek:
 - 1) wojny (niezależnie od tego, czy została wypowiedziana), działań noszących znamiona wojny, inwazji, innych wrogich działań obcych państw, wojny domowej, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, przewrotu wojskowego, buntu w siłach zbrojnych, rebelii, rewolucji, powstania, jak również działań podejmowanych w celu kontroli, zapobieżenia lub powstrzymania tych zjawisk;
 - 2) Strajku, Rozruchów, Zamieszek Społecznych lub Lokautu;
 - 3) Aktu Terroryzmu;
 - 4) skażenia radioaktywnego, którego źródłem jest paliwo jądrowe, promieniowania jonizującego, oddziaływania energii lub paliwa jądrowego, odpadów nuklearnych lub związków będących wynikiem spalania paliwa jądrowego, izotopów promieniotwórczych, broni lub innych urządzeń wytwarzających lub wykorzystujących energię jądrową bądź substancje radioaktywne;
 - 5) zniszczenia Danych Elektronicznych i Cyfrowych, ich niekwalifikacja, usunięcia, uszkodzenia, modyfikacji, kradzieży lub innej nieautoryzowanej lub mającej postać czynu zabronionego zmiany Danych Elektronicznych i Cyfrowych, w szczególności wskutek Ataku Komputerowego, Wojny Cyfrowej lub Cyberterrorizmu;
 - 6) działań represyjnych stosowanych przez organy władzy: konfiskaty, nacjonalizacji, rekwizycji, bezprawnego zajęcia, wywłaszczenia, albo innych arbitralnych działań organów władzy, w szczególności wydania aktu prawnego lub nakazu administracyjnego, w tym uniemożliwiającego, ograniczającego lub wskazującego sposób odtworzenia mienia po Szkodzie;
 - 7) ruchu zakładu górniczego rozumianego zgodnie z prawem geologicznym i górnictwem;
 - 8) prowadzenia robót strzałowych lub wyburzeniowych z wykorzystaniem materiałów wybuchowych przez Ubezpieczonego, na jego zlecenie, pod jego kierownictwem lub za jego wiedzą lub zgodą;
 - 9) usiłowania lub dokonania oszustwa, wyłudzenia, wymuszenia lub szantażu, wprowadzenia w błąd, poświadczenia nieprawdy, fałszerstwa lub podstęp, sprzeniewierzenia, przywłaszczenia, defraudacji, niewyjaśnionej utraty mienia;

- 10) działania umyślnego Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek – działania umyślnego Ubezpieczonego lub osoby, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, a w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek – działania umyślnego osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 11) rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek – rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego chyba, że zapłata odszkodowania lub spełnienie świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte Szkody powstałe wskutek poniższych zdarzeń chyba, że w ich następstwie powstało inne niewyłączone Zdarzenie Ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia, wtedy ochroną ubezpieczeniową objęte są wyłącznie Szkody będące następstwem tego zdarzenia:
 - 1) wnikania opadów atmosferycznych lub nieczystości do wnętrza Budynku poprzez otwarte okna, drzwi zewnętrzne, świetliki dachowe lub klapy dymowe lub wynikającego z zaniechania wykonywania przeglądów technicznych, badań okresowych, konserwacji lub innych czynności, do wykonania których Ubezpieczony jest zobowiązany przepisami prawa lub zawartą przez niego umową: dachu, rynien, okien, drzwi zewnętrznych, świetlików dachowych, klap dymowych, systemów odwadniających lub innych elementów Budynków lub Budowli,
 - 2) oddziaływania lub przenikania wody gruntowej, przemarzania, prowadzenia prób ciśnieniowych, przeglądu lub konserwacji instalacji lub urządzeń gaśniczych,
 - 3) procesów technologicznych normalnie zachodzących w trakcie produkcji lub wykonywania usług na Ubezpieczonym Mieniu;
 - 4) długotrwałego oddziaływania wilgoci, pleśni, grzybów, roślinności, dymu, pyłu lub kurzu, stopniowego kurczenia się, rozciągania oraz pęknięcia, wysychania, parowania, naturalnej zmiany wagi, objętości, koloru, tekstury, smaku, zapachu, gęstości lub innych właściwości fizykochemicznych, wewnętrznego psucia się, wpływu warunków atmosferycznych, które należało uwzględnić z uwagi na porę roku lub warunki miejscowe, tj. działania energii słonecznej, wilgotności, suchości, temperatury, ciśnienia lub ruchu powietrza;
 - 5) zmian genetycznych, działania lub oddziaływania Mikroorganizmów lub zwierząt;
 - 6) Chorób Zakaźnych, a także działań podjętych z obawy przed Chorobą Zakaźną, lub powstałych na skutek kontrolowania, zapobiegania rozprzestrzenianiu się lub zwalczania Choroby Zakaźnej;
 - 7) normalnego zużycia, zesterzenia, ścierania, pokrycia osadem, erozji, korozji lub kawitacji;
 - 8) zakłóceń lub przerwy w dostawie mediów takich jak prąd, woda, para, energia cieplna, gaz lub inne paliwo oraz usługi telekomunikacyjne;
 - 9) wadliwego projektu, wad materiałowych, specyfikacji, błędów konstrukcyjnych lub wadliwego wykonania, błędu w obsłudze, z wyjątkiem Awarii Elektrycznej lub Awarii Mechanicznej, o ile zdarzenia te zostały objęte zakresem ubezpieczenia;
 - 10) kradzieży chyba, że Szkoda powstała wskutek Kradzieży z Włamaniem lub Kradzieży z Włamaniem do Pojazdu i zdarzenia te zostały objęte zakresem ubezpieczenia;
 - 11) rozboju chyba, że Szkoda powstała wskutek Rabunku i zdarzenia to zostało objęte zakresem ubezpieczenia.
3. Allianz nie odpowiada za Szkody powstałe w następującym mieniu:
 - 1) składowanym, przechowywanym lub magazynowanym w sposób niezgodny z jego właściwościami, zaleceniami producenta lub obowiązującymi przepisami prawa chyba, że sposób składowania, przechowywania, lub magazynowania nie miał wpływu na powstanie Szkody lub jej rozmiar;
 - 2) Środkach Obrotowych lub Mieniu Osób Trzecich znajdujących się w pomieszczeniach usytuowanych poniżej poziomu gruntu na wysokości mniejszej niż 10 cm lub innej indywidualnie uzgodnionej z Allianz wysokości od poziomu podłogi, jeżeli Szkoda powstała wskutek Powodzi, Deszczu Nawalnego lub Zalania chyba, że sposób składowania, przechowywania, lub magazynowania nie miał wpływu na powstanie Szkody lub jej rozmiar;
 - 3) w obiektach budowlanych, w których prowadzone są Roboty Budowlane oraz w znajdującym się w nich mieniu, oraz innym mieniu, na którym są one wykonywane, powstałe w związku z Robotami Budowlanymi przed oddaniem ich do użytkowania, niezależnie od tego, czy były czynnie prowadzone bądź przerwane w momencie powstania Szkody;
 - 4) w częściach i materiałach eksploatacyjnych, które przez użytkowanie lub właściwości fizyczne ulegają szybkiemu zużyciu, albo

podlegają regularnej wymianie w trakcie czynności konserwacyjnych zgodnie z dokumentacją techniczno-ruchową, instrukcją obsługi lub zaleceniami producenta, jeżeli Szkoda powstała wskutek Awarii Elektrycznej, Awarii Mechanicznej lub zużycia tych części lub materiałów eksploatacyjnych;

- 5) wymienionym w § 3 ust. 2 OWUMP.
4. Allianz nie odpowiada za Szkody polegające na:
 - 1) pękaniu, kruszeniu się, deformacji ścian, dachu lub elementów konstrukcyjnych Budynku lub Budowli, niewłaściwym osiadowaniu lub zawaleniu się Budynku, Budowli lub ich części chyba, że powstały w następstwie innego niewyłączonego Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
 - 2) Awarii Elektrycznej lub Awarii Mechanicznej, do naprawienia których zobowiązany jest dostawca, producent lub wykonawca usługi na podstawie umowy lub bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa;
 - 3) Awarii Elektrycznej lub Awarii Mechanicznej mienia innego niż Maszyny i Urządzenia lub Sprzęt Elektroniczny;
 - 4) zastygnięciu lub wycieku mas szkła lub innego stopionego materiału;
 - 5) skażeniu lub zanieczyszczeniu Ubezpieczonego Mienia chyba, że skażenie lub zanieczyszczenie jest następstwem Szkody powstałej wskutek innego niewyłączonego Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
 - 6) wadach Ubezpieczonego Mienia powstałych na etapie jego produkcji lub wykonywania na nim usługi;
 - 7) uszkodzeniach o charakterze estetycznym w Sprzęcie Elektronicznym lub Maszynach i Urządzeniach, niepowodujących ograniczenia lub utraty funkcjonalności chyba, że powstały wskutek Celowego Uszkodzenia i zdarzenie to zostało objęte zakresem ubezpieczenia.
5. Ponadto Allianz nie wypłaci odszkodowania za:
 - 1) następstwa Szkód w postaci utraconych korzyści (w tym zysku), kosztów, wydatków lub zobowiązań, w szczególności kar umownych, spowodowanych opóźnieniem, niespełnieniem świadczenia, nienależytym wykonaniem bądź utratą kontraktu lub polegające na ograniczeniu lub utracie możliwości czerpania pożytków, funkcjonalności, możliwości zbycia, zmniejszeniu lub utracie wartości Ubezpieczonego Mienia;
 - 2) Szkody powstałe wskutek przerwy w działaniu lub nieprawidłowego działania klimatyzacji, ogrzewania lub chłodzenia, w szczególności rozmrożenia, chyba, że przerwa lub nieprawidłowe działanie jest następstwem innego niewyłączonego Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia z wyjątkiem Awarii Elektrycznej, Awarii Mechanicznej i Pośredniego Uderzenia Pioruna;
 - 3) Szkody w Ubezpieczonym Mieniu podczas transportu, spowodowane wypadkiem Pojazdu kierowanego przez osobę nieposiadającą w chwili wypadku uprawnień do kierowania Pojazdami lub znajdującą się w Stanie Pod Wpływem Alkoholu lub w Stanie Pod Wpływem Środków Narkotycznych;
 - 4) koszty utrzymania, napraw, odtworzenia lub wprowadzenia zmian w Ubezpieczonym Mieniu, które Ubezpieczony musiałby ponieść nawet wtedy, gdyby Szkoda nie wystąpiła, w szczególności koszty usunięcia wad, konserwacji, remontu lub dostosowania do obowiązujących przepisów prawa;
 - 5) Szkody oraz ich następstwa, a także skutki okoliczności, które mogą powodować lub powodowałyby zobowiązanie do spełnienia przez Allianz świadczenia w zakresie, w jakim naruszałoby to obowiązujące międzynarodowe przepisy przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych lub inne mające zastosowanie regulacje Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych, jak też inne właściwe przepisy lub regulacje przewidujące nałożenie sankcji ekonomicznych lub handlowych.

§ 10 Suma Ubezpieczenia i limit odpowiedzialności

1. Suma Ubezpieczenia i limity odpowiedzialności to maksymalne kwoty, do wysokości których odpowiada Allianz w ramach Umowy Ubezpieczenia. Sumę Ubezpieczenia i limit odpowiedzialności deklaruje Ubezpieczający z uwzględnieniem poniższych postanowień.
2. Sumę Ubezpieczenia ustala się odrębnie dla każdej Kategorii Ubezpieczonego Mienia i miejsca ubezpieczenia.
3. Jeżeli nie umówiono się inaczej, Sumy Ubezpieczenia są ustalane w systemie ubezpieczenia:
 - 1) na pierwsze ryzyko dla Mienia Pracowniczego, Wartości Pieniężnych, Przedmiotów Wartościowych, Nośników Danych;
 - 2) na sumy stałe lub zmienne dla Środków Obrótowych;

- 3) na sumy stałe w odniesieniu do Budynków i Budowli, Lokali, Nakładów Inwestycyjnych, Maszyn i Urządzeń, Wyposażenia, Mienia Osób Trzecich oraz pozostałego Ubezpieczonego Mienia.
4. W systemie ubezpieczenia na sumy stałe lub zmienne Suma Ubezpieczenia powinna odpowiadać Wartości Ubezpieczeniowej, przy czym:
 - 1) Suma Ubezpieczenia Środków Obrótowych powinna odpowiadać najwyższej przewidywanej ich Wartości Ubezpieczeniowej w Okresie Ubezpieczenia;
 - 2) Suma Ubezpieczenia pozostałego mienia powinna odpowiadać jego wartości ustalonej na pierwszy dzień ochrony ubezpieczeniowej.
5. Jeżeli Ubezpieczony jest podatnikiem podatku od towarów i usług (VAT) czynnym, Suma Ubezpieczenia nie zawiera podatku od towarów i usług (VAT) chyba, że umówiono się inaczej.
6. Suma Ubezpieczenia nie zawiera podatku akcyzowego oraz opłat celnych i skarbowych chyba, że umówiono się inaczej.
7. W przypadku ubezpieczenia według systemu na pierwsze ryzyko Suma Ubezpieczenia powinna odpowiadać maksymalnej możliwej wartości Szkód w Ubezpieczonym Mieniu powstałych w Okresie Ubezpieczenia.
8. Jeżeli po zawarciu Umowy Ubezpieczenia wartość Ubezpieczonego Mienia uległa zmianie, Ubezpieczający może żądać odpowiedniego zmniejszenia lub zwiększenia Sumy Ubezpieczenia.
9. Zmniejszenie Sumy Ubezpieczenia staje się skuteczne z chwilą złożenia oświadczenia przez Ubezpieczającego i pociąga za sobą odpowiednie zmniejszenie składki począwszy od dnia pierwszego tego miesiąca, w którym Ubezpieczający zażądał zmniejszenia Sumy Ubezpieczenia.
10. W razie zgłoszenia żądania zwiększenia Sumy Ubezpieczenia, jej zmiana staje się skuteczna z dniem i na warunkach określonych przez Allianz w pisemnym potwierdzeniu zmiany Sumy Ubezpieczenia. Allianz jest uprawniony do naliczenia dodatkowej składki począwszy od dnia, w którym podwyższenie Sumy Ubezpieczenia stało się skuteczne.
11. Wysokość limitu odpowiedzialności powinna odpowiadać maksymalnej możliwej wartości Szkód w Ubezpieczonym Mieniu powstałych w Okresie Ubezpieczenia.
12. O ile nie umówiono się inaczej, limity odpowiedzialności określone w Umowie Ubezpieczenia są limitami łącznymi, odnoszącymi się do Szkód w mieniu oraz ich następstw w postaci utraconego zysku brutto, o ile Ubezpieczający zawarł w Allianz umowę ubezpieczenia zysku.
13. Wypłaty odszkodowań za Szkody Częściowe lub Szkody Całkowite nie powodują zmniejszenia Sum Ubezpieczenia lub limitów odpowiedzialności chyba, że w Umowie Ubezpieczenia uzgodniono został limit odpowiedzialności na jedno i wszystkie zdarzenia lub Suma Ubezpieczenia na pierwsze ryzyko, wtedy każda wypłata odszkodowania zmniejsza wysokość tego limitu lub Sumy Ubezpieczenia.
14. Jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o następujące Zdarzenia Ubezpieczeniowe:
 - 1) Uderzenie Pojazdu, to Szkody w wózkach widłowych lub innych Pojazdach wykorzystywanych przez Ubezpieczającego do transportu wewnętrznego powstałe wskutek Uderzenia Pojazdu są objęte ochroną ubezpieczeniową (o ile stanowią Ubezpieczone Mienie) do limitu w wysokości 200 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia;
 - 2) Kradzież z Włamaniem, to Allianz wypłaci także odszkodowanie za Szkody w Ubezpieczonym Mieniu polegające na kradzieży znajdującego się na zewnątrz Budynków mienia, takiego jak: kamery przemysłowe, napędy bram, elementy ogrodzenia, sprzęt oświetleniowy, jeżeli było ono przytwierdzone do podłoża Budynków lub Budowli w sposób uniemożliwiający jego zabór bez użycia siły lub narzędzi do limitu odpowiedzialności w wysokości 25 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia;
 - 3) Celowe Uszkodzenie lub Wandalizm po Włamaniu, to Szkody polegające na pomalowaniu Ubezpieczonego Mienia są objęte zakresem ochrony ubezpieczeniowej do limitu w wysokości 25 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia;
 - 4) Zalanie, to odszkodowanie będzie obejmować również uszkodzone i udokumentowane koszty poszukiwania miejsca powstania wycieku i usunięcia awarii lub pęknięcia będącego jego przyczyną do limitu w wysokości 25 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia.
15. W ramach Sumy Ubezpieczenia i limitu odpowiedzialności ustalonego dla ryzyka Kradzieży z Włamaniem Allianz wypłaci odszkodowanie za Szkody w Ubezpieczonym Mieniu, w szczególności za koszty naprawy zabezpieczeń, powstałe w następstwie Kradzieży z Włamaniem, o ile ryzyko to zostało objęte zakresem ubezpieczenia.

§ 11 Zasady ustalania i wypłaty odszkodowań

1. Allianz wypłaci należne odszkodowanie w granicach i na zasadach określonych w Umowie Ubezpieczenia w kwocie odpowiadającej zweryfikowanej wartości Szkody, pomniejszonej o wartość Franszyzy Redukcyjnej lub o wartość Udziału Własnego, nie większej niż Suma Ubezpieczenia mienia, które uległo Szkodzie i nie większej niż ustalony limit odpowiedzialności, z uwzględnieniem § 12-13.
2. Wartość Franszyzy Redukcyjnej lub Udziału Własnego określona jest w Umowie Ubezpieczenia w odniesieniu do każdego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o ile nie umówiono się inaczej. Potrącenia o wartość Franszyzy Redukcyjnej lub Udziału Własnego dokonuje się każdorazowo.
3. W razie zbiegu różnych wysokości Fransyz Redukcyjnych mających zastosowanie dla tego samego Zdarzenia Ubezpieczeniowego lub Szkody stosuje się jedną najwyższą Fransyzę Redukcyjną. W razie zbiegu różnych wysokości Udziałów Własnych stosuje się jeden najwyższy Udział Własny.
4. Na potrzeby ustalenia wysokości Franszyzy Redukcyjnej lub Udziału Własnego, za jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe uważa się:
 - 1) w przypadku ubezpieczenia od Huraganu, Gradu oraz innych żywiołów: Powodzi, Deszczu Nawalnego, Trzęsienia Ziemi – wszystkie Szkody, które powstały z tej samej przyczyny w ciągu nieprzerwanego okresu 72 godzin;
 - 2) w przypadku ubezpieczenia od Zalania oraz Pęknięcia Mroźowego, Obsunięcia Ziemi, Zapadania Ziemi, Lawiny, Naporu Śniegu lub Lodu, Upadku Drzew, Dźwigów lub Budowli – wszystkie Szkody, które powstały z tej samej przyczyny w ciągu nieprzerwanego okresu 72 godzin, w obrębie tego samego miejsca ubezpieczenia.
5. W przypadku wystąpienia Szkody Częściowej, Allianz ustala wartość Szkody w oparciu o uzasadnione i udokumentowane koszty naprawy Ubezpieczonego Mienia, w tym koszty transportu, demontażu i montażu, w granicach Sumy Ubezpieczenia lub uzgodnionego w odniesieniu do tego mienia limitu odpowiedzialności, bez uwzględniania stopnia Zużycia Technicznego.
6. Wartość Szkody w przypadku wystąpienia Szkody Całkowitej jest równa Wartości Ubezpieczeniowej Ubezpieczonego Mienia bezpośrednio przed powstaniem Szkody.
7. Jeżeli w procesie likwidacji Szkody Całkowitej w mieniu ubezpieczonym na Wartość Księgową Brutto okaże się, że wartość ta jest wyższa od Wartości Odtworzeniowej tego mienia, wówczas górną granicę odpowiedzialności Allianz stanowi Wartość Odtworzeniowa mienia, które uległo Szkodzie.
8. W razie wystąpienia Szkody Całkowitej, jeżeli Ubezpieczony nie rozpoczął naprawy lub odtworzenia Ubezpieczonego Mienia dotkniętego Szkodą do dnia ustalenia jej wartości przez Allianz, wartość Szkody zostanie ustalona wg Wartości Rzeczywistej chyba, że Ubezpieczony przed upływem terminu przedawnienia roszczeń przedstawi dowód wykonania naprawy lub odtworzenia Ubezpieczonego Mienia. W takiej sytuacji Allianz dokona ponownej weryfikacji wartości Szkody uwzględniając wykonanie naprawy lub odtworzenia Ubezpieczonego Mienia.
9. Przez rozpoczęcie naprawy lub odtworzenia Ubezpieczonego Mienia rozumie się złożenie wiążącego zamówienia na wykonanie naprawy lub odtworzenia Ubezpieczonego Mienia dotkniętego Szkodą, a w przypadku dokonywania naprawy własnymi siłami – na zakup materiałów niezbędnych do wykonania naprawy lub odtworzenia albo na zakup nowego mienia w miejsce Ubezpieczonego Mienia dotkniętego Szkodą.
10. Pozostałości po Szkodzie stanowią własność Ubezpieczającego, a w razie zawarcia ubezpieczenia na cudzy rachunek Ubezpieczonego, i jeżeli przedstawiają wartość materialną, którą można wyrazić w pieniądzu – wartość ta zostanie potrącona z kwoty należnego odszkodowania.
11. Jeżeli utracone w wyniku Szkody Ubezpieczone Mienie lub jego pozostałości zostaną odzyskane, Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek także Ubezpieczony, są zobowiązani do bezzwłocznego, nie później niż w ciągu 3 dni od chwili jego odzyskania, pisemnego zgłoszenia tego faktu Allianz.
12. W przypadku odzyskania mienia, które nastąpiło po wypłacie odszkodowania przez Allianz, Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek także Ubezpieczony, są zobowiązani do zwrotu Allianz części otrzymanego odszkodowania, która odpowiada wartości tego mienia.
13. Przy ustalaniu wysokości odszkodowania nie uwzględnia się:
 - 1) wartości naukowej;
 - 2) wartości kolekcjonerskiej;
 - 3) wartości zabytkowej lub historycznej;

- 4) wartości artystycznej.
14. Podatek od towarów i usług (VAT), który zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie podlega odliczeniu od podatku należnego, podatek akcyzowy, opłaty celne i skarbowe, o ile zostały ujęte w Sumie Ubezpieczenia, są uwzględniane przy ustalaniu wysokości odszkodowania.
15. Jeżeli strony nie uzgodniły inaczej, Allianz ustala wysokość odszkodowania w oparciu o:
 - 1) w odniesieniu do szkód w Budynkach, Budowlach oraz Nakładach Inwestycyjnych (adaptacyjnych): szczegółowy kosztorys odtworzenia Ubezpieczonego Mienia, opracowany zgodnie z zasadami kalkulacji i ustalania cen materiałów oraz usług, na podstawie nakładów rzeczowych z katalogów nakładów rzeczowych (KNR) i średnich cen materiałów, robocizny i sprzętu z publikacji Sekocenbud dla danego regionu geograficznego obowiązującego w dniu powstania Szkody, z uwzględnieniem stosowanych narzutów;
 - 2) w odniesieniu do szkód w Maszynach i urządzeniach, Wypożyczeniu, Środkach Obrotowych oraz w innym mieniu niewymienionym w pkt 1): szczegółowy kosztorys naprawy lub wymiany Ubezpieczonego Mienia lub dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów.
16. Po przedstawieniu rachunków lub innych dokumentów potwierdzających poniesienie kosztów na odtworzenie Ubezpieczonego Mienia, Allianz ustala wysokość odszkodowania w oparciu o te dokumenty, po zweryfikowaniu wysokości poniesionych kosztów.
17. Jeżeli koszty naprawy lub wymiany (odtworzenia) Ubezpieczonego Mienia poniesione zostały w walucie obcej, do ich przeliczenia na walutę polską zastosowanie będzie miał kurs, według którego bank realizujący przelew (zapłatę) przeliczył walutę obcą na złoty. W innych przypadkach stosuje się średni kurs wymiany danej waluty podany przez NBP, z dnia powstania Szkody.

§ 12 Nakłady na ograniczenie Szkody i koszty dodatkowe

1. Allianz, w granicach Sumy Ubezpieczenia, zwróci koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w § 14 ust. 3 pkt. 1) OWUMP, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.
2. O ile w Umowie Ubezpieczenia nie uzgodniono inaczej, Allianz zrefunduje w granicach Sumy Ubezpieczenia na pierwsze ryzyko wynoszącej 200 000 zł łącznie, jednak nie więcej niż do limitu 20% wartości Szkody, uzasadnione i udokumentowane koszty poniesione przez Ubezpieczonego wskutek Szkody, za którą Allianz ponosi odpowiedzialność w ramach Umowy Ubezpieczenia, w związku z:
 - 1) pracami porządkowymi w miejscu ubezpieczenia, w tym koszty poniesione na odgruzowywanie i rozbiórkę pozostałości po Szkodzie, usunięcie osadów lub innych materiałów naniesionych wskutek Szkody, ich wywóz na najbliższe możliwe składowisko oraz składowanie, zniszczenie lub utylizację;
 - 2) zmianami budowlanymi oraz demontażem i ponownym montażem nieuszkodzonego mienia, których poniesienie jest niezbędne do przywrócenia Ubezpieczonego Mienia do stanu sprzed Szkody;
 - 3) czasowym przechowywaniem Ubezpieczonego Mienia poza miejscem ubezpieczenia przez okres nie dłuższy niż 30 dni, jeżeli w miejscu ubezpieczenia nie ma możliwości jego należytego zabezpieczenia;
 - 4) wypompowaniem wody i osuszaniem mienia w miejscu ubezpieczenia niezbędnym do przywrócenia Ubezpieczonego Mienia do stanu sprzed Szkody;
 - 5) akcją gaśniczą lub ratowniczą, :
 - a) koszty transportu, przechowywania i dozoru mienia, które zostało uratowane;
 - b) koszty napełnienia wodą basenów przeciwpożarowych oraz koszty wody z sieci wodociągowej zużytej na koszt Ubezpieczonego do gaszenia pożaru.
3. Jeżeli w Umowie Ubezpieczenia ustalono Sumy Ubezpieczenia (na pierwsze ryzyko) dla poniższych pozycji, Allianz zrefunduje dodatkowo poniesione przez Ubezpieczonego uzasadnione i udokumentowane koszty powstałe w związku ze Szkodą, za którą Allianz ponosi odpowiedzialność w ramach Umowy Ubezpieczenia:
 - 1) wynikające ze wzrostu cen, do jakiego doszło w okresie pomiędzy powstaniem Szkody i zakończeniem odtworzenia Ubezpieczonego Mienia dotkniętego Szkodą. Jeżeli Ubezpieczony nie rozpoczął bezzwłocznie odtworzenia Ubezpieczonego Mienia, refundacji podlegają jedynie te koszty, które powstałyby nawet wówczas, gdyby odtworzenia dokonano bezzwłocznie;

- 2) wynikające z poleceń uprawnionych organów władzy wydanych po wystąpieniu Szkody:
 - a) koszty dostosowania odtwarzanego Ubezpieczonego Mienia do wymogów wynikających z obowiązujących przepisów prawa oraz podyktowanej przepisami prawa potrzeby dokonania tych zmian;
 - b) koszty rozbiórki, demontażu i wywozu pozostałości po Szkodzie do składowiska odpadów położonego najbliżej miejsca, w którym doszło do Szkody oraz koszty składowania, zniszczenia lub utylizacji pozostałości po Szkodzie w sytuacji, gdy ze względu na obowiązujące przepisy prawa nie jest możliwe wykorzystanie nadających się do dalszego użycia pozostałości po Ubezpieczonym Mieniu dotkniętym Szkodą;
 - c) koszty związane z koniecznością odtworzenia Ubezpieczonego Mienia w innym miejscu, jeżeli odtworzenie Ubezpieczonego Mienia z powodu ograniczeń wynikających z obowiązujących przepisów prawa nie może zostać dokonane w dotychczasowym miejscu ubezpieczenia, z ograniczeniem do takiej wysokości, w jakiej powstałoby, gdyby odtworzenie nastąpiło w tym miejscu ubezpieczenia;
- 3) odtworzenia dokumentów niezbędnych do prowadzenia działalności, w tym dokumentacji produkcyjnej i księgowej;
- 4) rzeczoznawców, ekspertów, inspektorów, inżynierów, konsultantów, które Ubezpieczony jest zobowiązany ponieść w celu odtworzenia lub zastąpienia Ubezpieczonego Mienia w wyniku zaistniałej Szkody, przy czym koszty te nie mogą przekroczyć średnich stawek obowiązujących na rynku.

§ 13 Niedoubezpieczenie, nadubezpieczenie

1. Jeżeli w chwili zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Suma Ubezpieczenia danej Kategorii Ubezpieczonego Mienia, do której należy mienie dotknięte Szkodą, jest niższa od jej Wartości Ubezpieczeniowej (niedoubezpieczenie), Allianz wypłaci odszkodowanie z zastosowaniem zasady określonej w ust. 2 poniżej.
2. W razie niedoubezpieczenia odszkodowanie zostanie wypłacone w takiej proporcji, w jakiej Suma Ubezpieczenia określona dla Kategorii Ubezpieczonego Mienia, do której należy mienie dotknięte Szkodą, pozostaje do Wartości Ubezpieczeniowej tej Kategorii Ubezpieczonego Mienia.
3. Zasada określona w ust. 2 powyżej nie ma zastosowania:
 - 1) jeżeli niedoubezpieczenie nie przekracza 20%;
 - 2) w odniesieniu do nakładów poniesionych na ratowanie Ubezpieczonego Mienia, ograniczenie Szkody lub jej zapobieżenie przez Ubezpieczającego, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek przez Ubezpieczonego;
 - 3) w odniesieniu do pozycji ubezpieczonych na pierwsze ryzyko.
4. Jeżeli Suma Ubezpieczenia danej Kategorii Ubezpieczonego Mienia, do której należy mienie dotknięte Szkodą, jest wyższa od jej Wartości Ubezpieczeniowej (nadubezpieczenie), Allianz odpowiada wyłącznie do Wartości Ubezpieczeniowej.

§ 14 Obowiązki Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek także Ubezpieczony (chyba, że nie wie o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek), są zobowiązani do:
 - 1) przestrzegania obowiązujących przepisów prawa, w szczególności przepisów prawa budowlanego w zakresie eksploatacji i konserwacji Budynków i Budowli, przepisów o ochronie przeciwpożarowej, przepisów BHP, przepisów o budowie i eksploatacji urządzeń, wykonywaniu dozoru technicznego oraz do przestrzegania postanowień uzgodnionych w Umowie Ubezpieczenia;
 - 2) utrzymywania Ubezpieczonego Mienia w należytym stanie technicznym, zapewnienia prawidłowego montażu, utrzymywania, konserwacji i eksploatacji przedmiotu ubezpieczenia zgodnie z instrukcją obsługi i zaleceniami producenta, zapewnienia pielęgnacji i konserwacji drzew znajdujących się w miejscu ubezpieczenia;
 - 3) utrzymywania w należytym stanie technicznym i uruchamiania wszystkich zadeklarowanych we Wniosku o ubezpieczenie zabezpieczeń przeciwpożarowych, przeciwkradzieżowych i innych zabezpieczeń;
 - 4) okresowej konserwacji i utrzymywania instalacji oraz urządzeń zawierających wodę lub inne ciecze w należytym stanie technicznym, zapewnienia w okresie występowania niskich temperatur ogrzewania Budynku, a jeżeli nie jest to możliwe – do

- zamknięcia zaworów i opróżnienia instalacji i urządzeń z wody lub innych cieczy;
- 5) zamykania po godzinach pracy na wszystkie zainstalowane zabezpieczenia mechaniczne i elektroniczne drzwi zewnętrznych, okien lub innych otworów w Budynkach;
- 6) przechowywania Wartości Pieniężnych lub Przedmiotów Wartościowych w urządzeniach i pomieszczeniach spełniających warunki techniczne określone w przepisach prawa regulujących zasady i wymagania, jakim powinna odpowiadać ochrona Wartości Pieniężnych przechowywanych i transportowanych przez przedsiębiorców;
- 7) transportowania (przenoszenia lub przewożenia) Wartości Pieniężnych lub Przedmiotów Wartościowych zgodnie z przepisami prawa regulującymi zasady i wymagania, jakim powinna odpowiadać ochrona Wartości Pieniężnych przechowywanych i transportowanych przez przedsiębiorców;
- 8) zabezpieczenia kluczy do zamków i kłódek, urządzeń do przechowywania Wartości Pieniężnych, Przedmiotów Wartościowych, kart i kodów dostępu, pilotów do zamknięć i alarmów w sposób chroniący je przed kradzieżą i dostępem do nich osób nieuprawnionych lub, w razie ich zagubienia, zaginięcia lub ujawnienia kodów dostępu osobom nieuprawnionym, przeprowadzenia niezwłocznej (nie później niż w ciągu 24h od powzięcia o tym wiadomości) wymiany zamków, kart dostępu, przekodowania alarmu, przeprogramowania systemu lub zmiany kodów dostępu;
- 9) zapewnienia dodatkowych środków bezpieczeństwa, jeżeli w Umowie Ubezpieczenia określono takie środki oraz do usunięcia szczególnych zagrożeń Ubezpieczonego Mienia, których usunięcia Allianz domagał się na piśmie;
- 10) realizacji wydanych przez Allianz zaleceń pokontrolnych dotyczących poprawy bezpieczeństwa, o ile wcześniej zaakceptował je na piśmie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej;
- 11) prowadzenia listy ewidencyjnej Ubezpieczonego Mienia, dokumentacji produkcyjnej i księgowej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz ich przechowywania w miejscu zapewniającym ochronę przed zniszczeniem na wypadek Szkody.
2. W razie stwierdzenia nieprawdopodobności, Ubezpieczony będący najemcą Budynku lub Lokalu zobowiązany jest powiadomić na piśmie właściciela (wynajmującego) lub administratora o potrzebie wykonania czynności określonych w ust. 1 pkt 1) – 4) powyżej.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek także Ubezpieczony (chyba że nie wie o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek), są zobowiązani:
 - 1) użyć dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia Szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów;
 - 2) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni od daty zaistnienia Szkody lub daty uzyskania informacji o Szkodzie, powiadomić Allianz o powstałej Szkodzie;
 - 3) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 48 godzin od momentu zaistnienia Szkody lub uzyskania informacji o Szkodzie, zawiadomić policję, jeżeli zachodzi podejrzenie, że Szkoda powstała wskutek przestępstwa;
 - 4) udostępnić na żądanie Allianz lub osób działających na zlecenie Allianz uszkodzone Ubezpieczone Mienie do oględzin w sposób umożliwiający swobodny dostęp do niego, dokonanie oględzin i zdjęć;
 - 5) nie dokonywać w uszkodzonym Ubezpieczonym Mieniu żadnych zmian, o ile nie jest to uzasadnione koniecznością minimalizacji lub uniknięcia zakłócenia w działalności przedsiębiorstwa, ochrony ludzi lub mienia, nie podejmować sprzątnięcia po Szkodzie i odtwarzania mienia bez wcześniejszego uzgodnienia z Allianz, chyba że Allianz nie zajął stanowiska w ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia o Szkodzie (lub w ciągu 14 dni, jeżeli Allianz w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Szkodzie powiadomił, że konieczne jest powołanie rzeczoznawców);
 - 6) na żądanie Allianz lub osób działających na zlecenie Allianz dostarczyć dokumentację niezbędną do ustalenia okoliczności powstania Szkody i jej rozmiaru, a także udzielić wyjaśnień i pomocy w tym zakresie; Allianz może wymagać wykazu całości Ubezpieczonego Mienia znajdującego się w miejscu ubezpieczenia w dniu wystąpienia Szkody wraz z Sumą Ubezpieczenia wg wartości przyjętej do ubezpieczenia;
 - 7) do zabezpieczenia możliwości i udzielenia Allianz lub osobom działającym na zlecenie Allianz pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych wobec osób odpowiedzialnych za Szkodę.

4. W razie niezastosowania z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 3 pkt 1 powyżej, Allianz jest wolny od odpowiedzialności za Szkody powstałe z tego powodu.
5. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 3 pkt 2 powyżej, Allianz może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia Szkody lub uniemożliwiło Allianz ustalenie okoliczności i skutków Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Opisane w zdaniu poprzednim skutki braku zawiadomienia Allianz o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym nie następują, jeżeli Allianz w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
6. Jeżeli Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek także Ubezpieczony (o ile wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek), z winy umyślnej lub wskutek rażącego niedbalstwa nie wypełnił któregokolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 1, ust. 2 lub ust. 3 pkt 3-7 powyżej i o ile niewypetnienie tego obowiązku było przyczyną powstania Szkody lub zwiększenia jej rozmiaru, wówczas Allianz jest uprawniony do zmniejszenia odszkodowania w stopniu nie większym niż stopień, w jakim niewypetnienie tego obowiązku przyczyniło się do powstania Szkody lub zwiększenia jej rozmiaru, a w sytuacji, gdyby spełnienie danego zalecenia pozwoliło uniknąć powstania Szkody, do odmowy wypłaty odszkodowania chyba, że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

§ 15 Postępowanie przy likwidacji Szkody

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Odszkodowanie jest wypłacane:
 - 1) Ubezpieczonemu bądź osobie przez niego upoważnionej;
 - 2) spadkobiercom po przedłożeniu postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku, za Szkodę powstałą w mieniu wchodzącym w skład masy spadkowej, stosownie do ich zgodnego oświadczenia lub umownego podziału spadku, orzeczenia sądu;
 - 3) następcom prawnym – w razie przekształcenia osoby prawnej, po przedłożeniu dokumentów wykazujących następstwo prawne.
3. Allianz wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Szkodzie. Jeśli w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania jest niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporna część odszkodowania jest wypłacana zgodnie z terminem określonym w zdaniu pierwszym.
4. Jeżeli w terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia lub w ustawie Allianz nie wypłaci odszkodowania, zawiadomi na piśmie:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie, oraz
 - 2) Ubezpieczonego, w przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaci bezsporną część świadczenia.
5. Z chwilą wypłaty odszkodowania roszczenia Ubezpieczonego względem Osób Trzecich, odpowiedzialnych za spowodowanie Szkody, przechodzą na Allianz maksymalnie do kwoty wypłaconego odszkodowania.
6. Jeśli Allianz wypłacając odszkodowanie zgodnie z Umową Ubezpieczenia naprawił tylko część poniesionej przez Ubezpieczonego Szkody, to Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo w zaspokojeniu pozostałej części roszczeń względem sprawcy, przed roszczeniami Allianz, o których mowa w ust. 5 powyżej.
7. Nie przechodzą na Allianz roszczenia regresowe (zwrotne) Ubezpieczonego w stosunku do osób, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym chyba, że sprawca wyrządził Szkodę umyślnie.
8. Jeśli Ubezpieczony zrzekł się roszczeń o odszkodowanie w stosunku do osoby odpowiedzialnej za Szkodę, Allianz może odmówić wypłaty odszkodowania.

9. Jeśli Ubezpieczony wyraził zgodę na ograniczenie roszczeń o odszkodowanie w stosunku do osoby odpowiedzialnej za Szkodę, Allianz może stosownie zmniejszyć wysokość odszkodowania.

§ 16 Postępowanie reklamacyjne

1. Reklamację związaną ze świadczonymi przez Allianz usługami, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
 - 1) na piśmie – dostarczyć osobiście w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe.
 - 2) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
 - 3) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
3. Allianz rozpatrzy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowie na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Allianz poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakiegoś powodu wydłużenia terminu i okoliczności, które ustala, aby rozpatrzyć sprawę oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Allianz odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. Allianz odpowie e-mailem na reklamację, skargę zażalenie wytycznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępnione są na stronie internetowej www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
6. Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
7. Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

§ 17 Postanowienia końcowe

1. 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.
2. Prawem właściwym dla Umów Ubezpieczenia zawieranych w oparciu o OWUMP jest prawo polskie.
3. W relacjach wynikających z tych OWUMP Allianz stosuje język polski.
4. Allianz jest administratorem danych osobowych, które zbiera w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie tych OWUMP.
5. Pełną treść klauzuli informacyjnej, która opisuje zasady przetwarzania przez Allianz danych osobowych, zostaje przekazana przez Allianz zbierając te dane. Dodatkowo, informacje te dostępne są dla wszystkich na stronie internetowej www.allianz.pl.
6. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna nr 69/2024 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 16 marca 2024 roku.

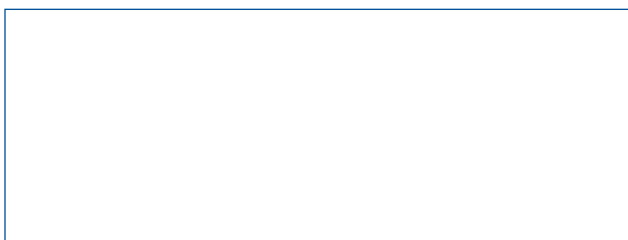
This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 30 horizontal grey lines spaced evenly apart, typical of notebook paper. The lines extend across the entire width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no vertical lines or other markings present.

TUIR Allianz Polska S.A.

ul. Inflancka 4B

00-189 Warszawa

Zadzwoń do Twojego agenta



Infolinia: 224 224 224

www.allianz.pl

UBEZPIECZENIE MOJA PODRÓŻ – UBEZPIECZENIE W PODRÓŻY

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Przedsiębiorstwo: Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą przy ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, Rzeczpospolita Polska, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 28261 (Allianz).

Produkt: Moja Podróż – Ubezpieczenie w Podróży

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje dotyczące umowy podane są w ofercie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia zawartych w Przewodniku po ubezpieczeniu Moja Podróż, zatwierdzonym uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska nr 75/2024 wraz z Aneksiem nr 1 zatwierdzonym uchwałą Zarządu nr 96/2024 (o.w.u.). Pojęcia zawarte w niniejszym dokumencie użyte są w znaczeniu nadanym im w o.w.u.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Moja Podróż – Ubezpieczenie w podróży to ubezpieczenie majątkowe dobrowolne, które może obejmować ubezpieczenia należące do Działu II załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj.: ubezpieczenie Koszty leczenia w podróży zagranicznej albo Koszty leczenia w podróży po Polsce (dział II, grupa 2), Ubezpieczenie Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej albo Ubezpieczenie Ratownictwo i transport w podróży o Polsce (dział II, grupa 18), Ubezpieczenie Następstwa nieszczęśliwych wypadków NNW (dział II, grupa 1), Ubezpieczenie OC w życiu prywatnym (dział II, grupa 13), Ubezpieczenie Bagaż podróży (dział II, grupa 9), Ubezpieczenie Assistance (dział II, grupa 18), Ubezpieczenie Wypożyczony samochód – zniesienie udziału własnego (dział II, grupa 16), Ubezpieczenie Przerwanie lub opóźnienie podróży (dział II, grupa 16), Ubezpieczenie Dla aktywnych sportowo (dział II, grupa 9, 16 oraz 18).



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia zależy od zakresu ubezpieczenia, który Ubezpieczający wybiera przed zawarciem umowy ubezpieczenia spośród jednego z czterech pakietów dla podróży zagranicznej (a w nich ubezpieczenia: Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej, Następstwa nieszczęśliwych wypadków NNW, OC w życiu prywatnym, Bagaż podróży, Assistance) lub jednego z trzech pakietów dla podróży po Polsce (a w nich ubezpieczenia: Koszty leczenia w podróży po Polsce, Ratownictwo i transport w podróży po Polsce, Następstwa nieszczęśliwych wypadków NNW, OC w życiu prywatnym, Bagaż podróży, Assistance) oraz ubezpieczeń dodatkowych: Ubezpieczenie Wypożyczony samochód – zniesienie udziału własnego, Ubezpieczenie Przerwanie lub opóźnienie podróży, Ubezpieczenie Dla aktywnych sportowo.

- ✓ Koszty leczenia w podróży zagranicznej
przedmiotem ubezpieczenia są koszty i organizacja świadczeń medycznych w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego oraz poniesione przez Ubezpieczonego koszty zakwaterowania i wyżywienia w przypadku objęcia go kwarantanną,
- ✓ Koszty leczenia w podróży po Polsce
przedmiotem ubezpieczenia są w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego: koszty i organizacja świadczeń medycznych, koszty i organizacja usług dostarczenia lub zakupu leków, koszty i organizacja usług dostarczenia lub zakupu środków opatrunkowych, koszty i organizacja usług dostarczenia lub zakupu, lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, koszty i organizacja usług pomocy domowej po hospitalizacji, koszty i organizacja konsultacji psychologicznej, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
- ✓ Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej
przedmiotem ubezpieczenia są koszty akcji ratowniczej lub poszukiwawczej Ubezpieczonego oraz koszty i organizacja usługi transportu Ubezpieczonego, w tym transportu medycznego w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego,
- ✓ Ratownictwo i transport w podróży po Polsce
przedmiotem ubezpieczenia są koszty akcji ratowniczej lub poszukiwawczej Ubezpieczonego oraz koszty i organizacja usługi transportu Ubezpieczonego, w tym transportu medycznego w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego,
- ✓ Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW)
przedmiotem ubezpieczenia są następstwa wypadku, którego skutkiem jest uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć Ubezpieczonego,
- ✓ OC w życiu prywatnym
przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym Ubezpieczonego za szkody wyrządzone przez Ubezpieczonego osobom trzecim i szkody w ich mieniu,
- ✓ Bagaż podróży
przedmiotem ubezpieczenia jest bagaż podróży Ubezpieczonego w przypadku uszkodzenia, zniszczenia utraty lub kradzieży bagażu podróжного oraz poniesione przez Ubezpieczonego koszty w przypadku opóźnienia dostarczenia bagażu podróжного,
- ✓ Assistance
przedmiotem ubezpieczenia są koszty i organizacja usług assistance w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego lub w przypadku aktu terroru lub działań wojennych w kraju podróży Ubezpieczonego,
- ✓ Wypożyczony samochód – zniesienie udziału własnego
przedmiotem ubezpieczenia są poniesione przez Ubezpieczonego koszty udziału własnego w przypadku szkody w wypożyczonym samochodzie,
- ✓ Przerwanie lub opóźnienie podróży
przedmiotem ubezpieczenia są poniesione przez Ubezpieczonego koszty usług turystycznych w przypadku opóźnienia lub przerwania jego podróży,
- ✓ Dla aktywnych sportowo:
Koszty niewykorzystanych aktywności – przedmiotem ubezpieczenia są poniesione przez Ubezpieczonego koszty niewykorzystanych zajęć sportowych lub kartonów w przypadku jego nagłego zachorowania lub wypadku,
Koszty wypożyczenia sprzętu sportowego – przedmiotem ubezpieczenia są poniesione przez Ubezpieczonego koszty wypożyczenia sprzętu sportowego w przypadku uszkodzenia, zniszczenia, utraty lub kradzieży sprzętu sportowego wykorzystywanego przez Ubezpieczonego w podróży,

Utrata lub zniszczenie sprzętu sportowego – przedmiotem ubezpieczenia jest sprzęt sportowy Ubezpieczonego w przypadku uszkodzenia, zniszczenia, utraty lub kradzieży sprzętu sportowego,
Ratownictwo Premium – przedmiotem ubezpieczenia są koszty akcji poszukiwawczej lub ratowniczej Ubezpieczonego,
Koszty leczenia po powrocie z podróży – przedmiotem ubezpieczenia są koszty i organizacja świadczeń medycznych Ubezpieczonemu na terytorium Polski po powrocie z podróży w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego, w związku z którym udzielali-
śmy mu pomocy w trakcie podróży.

Sumy ubezpieczenia oraz suma gwarancyjna stanowią górne granice odpowiedzialności Allianz i ustalane są dla każdego z Ubezpieczonych w danej umowie ubezpieczenia. Limity odpowiedzialności określamy w ramach danej sumy ubezpieczenia dla danego ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa w ubezpieczeniach Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej oraz Ratownictwo i transport w podróży po Polsce – w przypadku transportu oraz w ubezpieczeniu Assistance świadczona jest bez ograniczeń kwotowych w postaci sumy ubezpieczenia lub limitów. Wysokości sum ubezpieczenia oraz limitów potwierdzamy w polisie.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje w szczególności:

- ✗ organizacji oraz kosztów świadczeń medycznych udzielonych Ubezpieczonemu z innej przyczyny niż nagłe zachorowanie lub wypadek, w tym w ramach planowego leczenia lub w związku z przerwaniem ciąży w przypadku ubezpieczeń Koszty leczenia w podróży zagranicznej oraz Koszty leczenia w podróży po Polsce,
- ✗ transportu Ubezpieczonego, którego potrzeba powstała z innych przyczyn niż nagłe zachorowanie lub wypadek w przypadku ubezpieczeń Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej oraz Ratownictwo i transport w podróży po Polsce,
- ✗ zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych w kraju zamieszkania Ubezpieczonego w przypadku ubezpieczeń Przerwanie lub opóźnienie podróży, Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej,
- ✗ organizacji oraz kosztów świadczeń medycznych udzielonych Ubezpieczonemu w związku z nagłym zachorowaniem, z powodu ryzyka wystąpienia którego, przed rozpoczęciem podróży zagranicznej istniały zdrowotne przeciwwskazania do odbycia tej podróży (o których Ubezpieczony został poinformowany przez lekarza przed rozpoczęciem podróży zagranicznej) w przypadku ubezpieczeń Koszty leczenia w podróży zagranicznej oraz Koszty leczenia w podróży po Polsce,
- ✗ uszczerbków na zdrowiu powstałych z innych przyczyn niż wypadek oraz innych niż wskazane w Tabeli norm oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu ztanowiącej załącznik do o.w.u. w przypadku ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Zakres odpowiedzialności nie obejmuje zdarzeń będących skutkiem:

- ! umyślnego działania Ubezpieczonego, w tym samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa – niezależnie od stanu poczytalności,
- ! popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego,
- ! działania Ubezpieczonego w stanie pod wpływem środków narkotycznych lub po użyciu leków na receptę, pozyskanych w inny sposób niż zrealizowanie recepty wypisanej przez lekarza Ubezpieczonego,
- ! działania Ubezpieczonego w stanie pod wpływem alkoholu, chyba że w umowie, za zapłatą dodatkowej składki ochrona ubezpieczeniowa została rozszerzona o Klauzulę alkoholową,
- ! uprawiania sportów zawodowo lub wyczynowo, chyba że w umowie, za zapłatą dodatkowej składki, ochrona ubezpieczeniowa została rozszerzona o Klauzulę wyczynowego uprawiania sportów,
- ! uprawiania sportów wysokiego ryzyka i zimowych - chyba że w umowie, za zapłatą dodatkowej składki ochrona ubezpieczeniowa została rozszerzona o Klauzulę sportów wysokiego ryzyka i zimowych.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej w strefie geograficznej A, B, C lub P ustalonej przy zawarciu umowy ubezpieczenia.

Strefa A – Europa i pozaeuropejskie państwa basenu Morza Śródziemnego oraz Gruzja, **Strefa B** – świat z wyłączeniem USA i Kanady,

Strefa C – cały świat, **Strefa P** – Polska i terytorium państw bezpośrednio graniczących z Polską w pasie o szerokości 30 km od granicy.

W przypadku ubezpieczeń, w których podróż zagraniczna rozpoczyna się wraz z opuszczeniem miejsca zamieszkania (Następstwa nieszczęśliwych wypadków NNW), OC w życiu prywatnym, Bagaż podróżny, Assistance, Wypożyczony samochód - zniesienie udziału własnego, Dla aktywnych sportowo) udzielamy ochrony ubezpieczeniowej na terytorium Polski (jeżeli krajem zamieszkania Ubezpieczonego jest Polska) oraz w wybranej przez Ubezpieczonego strefie geograficznej (Strefa A, B, albo C).

W przypadku ubezpieczeń, w których podróż zagraniczna rozpoczyna się z przekroczeniem granicy kraju zamieszkania (Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej) – udzielamy ochrony ubezpieczeniowej wybranej strefie geograficznej (Strefa A, B, albo C).

W przypadku podróży po Polsce udzielamy ochrony ubezpieczeniowej w strefie geograficznej oznaczonej jako Strefa P.



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Przed zawarciem umowy:

- ujawnienie wszystkich znanych mu okoliczności, o które Allianz pytał przed zawarciem umowy; jeśli umowa została zawarta przez przedstawiciela, na nim także spoczywa ten obowiązek; w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek obowiązki określone powyżej spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek;

W czasie trwania umowy:

- poinformowanie o zmianie okoliczności, o które Allianz pytał przed zawarciem umowy niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości; w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek obowiązki określone powyżej spoczywają zarówno na ubezpieczającym jak i ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek;

W związku z wystąpieniem szkody:

- użycie dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów (nie dotyczy ubezpieczenia Następstwa nieszczęśliwych wypadków NNW);
- zawiadomienie Allianz o zdarzeniu ubezpieczeniowym,
- zabezpieczenie możliwości dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę (nie dotyczy ubezpieczenia Następstwa nieszczęśliwych wypadków NNW).



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa jest ustalana i pobierana w złotych (PLN). Termin płatności ustalany jest przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz określony w ofercie. W zależności od ustaleń przy zawarciu umowy, składkę można opłacić przelewem bankowym, przekazem pocztowym, kartą płatniczą lub gotówką. Z chwilą zapłaty składki, po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego oferty zawierana jest umowa ubezpieczenia.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy Ubezpieczenia w podróży rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej niż z dniem rozpoczęcia podróży oraz nie wcześniej niż po opłaceniu składki.

W przypadku, gdy w chwili zawarcia umowy, Ubezpieczony przebywa poza Polską, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się najwcześniej po upływie 3 dni (z początkiem czwartego z kolei dnia) od dnia wskazanego w zdaniu poprzedzającym (okres karencji), z wyjątkiem przypadku zawarcia z Allianz kolejnej umowy z takim samym zakresem ubezpieczenia, przy zachowaniu ciągłości okresu ubezpieczenia.

W przypadku zawarcia umowy Ubezpieczenia w podróży w dniu jej rozpoczęcia, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej, niż po upływie 6 godzin od chwili zawarcia danej umowy.

Okres ubezpieczenia dla umowy Ubezpieczenia w podróży kończy się:

- a) z dniem zakończenia podróży, jednak nie później niż z upływem dnia wskazanego w polisie jako data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej,
- b) z dniem odstąpienia od umowy przez Ubezpieczającego,
- c) z dniem upływu okresu wypowiedzenia umowy w sytuacji określonej w o.w.u.,
- d) z dniem doręczenia Ubezpieczającemu oświadczenia Allianz o wypowiedzeniu umowy w sytuacji określonej w o.w.u.,
- e) z dniem śmierci Ubezpieczonego – w stosunku do tego Ubezpieczonego.

Wydużymy przysługującą Ubezpieczonemu ochronę ubezpieczeniową, jeżeli zakończenie podróży opóźni się (względem daty planowanego zakończenia podróży wskazanej przy zawarciu umowy) z powodu hospitalizacji Ubezpieczonego związanej z nagłym zachorowaniem lub wypadkiem w podróży (potwierdzonej dokumentacją medyczną), do czasu gdy:

- Ubezpieczony będzie mógł (zgodnie z zaleceniami lekarskimi) wrócić do ostatniego miejsca pobytu w podróży lub do miejsca zamieszkania, nie dłużej niż do 48 godzin od zakończenia hospitalizacji,
- Ubezpieczony dotrze do innej placówki medycznej na terenie Polski lub kraju zamieszkania w celu dalszego leczenia, jednak nie dłużej niż do 48 godzin od zakończenia hospitalizacji.



Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia, a jeśli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od zawarcia umowy.

Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni na odstąpienie od umowy liczony jest od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie.

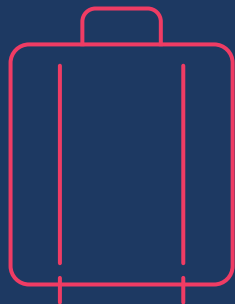
Jeśli Ubezpieczający jest konsumentem i zawarł umowę przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, termin w którym może odstąpić od umowy, wynosi 30 dni od dnia, w którym poinformowaliśmy go o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta (liczy się termin późniejszy). Ubezpieczający konsument nie musi podawać przyczyn odstąpienia. Prawo do odstąpienia nie przysługuje konsumentowi jeśli umowa została całkowicie wykonana na żądanie konsumenta przed upływem terminów, o których mowa powyżej lub w przypadku gdy umowa została zawarta na okres krótszy niż 30 dni.

Ubezpieczający ma prawo wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem 7-dniowego okresu wypowiedzenia.

Wypowiedzenie umowy albo odstąpienie od niej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składek za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

MOJA PODRÓŻ

Przewodnik po ubezpieczeniu



W tabeli wskazujemy istotne informacje o ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Pojęcia zdefiniowane w o.w.u., mają znaczenie nadane im w o.w.u. Ilekroć w tabeli poniżej wskazujemy na postanowienie, w którego treści odwołujemy się do pojęć zdefiniowanych w rozdziale 2.6. tych o.w.u., to każdorazowo dane postanowienie należy odczytywać łącznie z brzmieniem definicji pojęcia mającego zastosowanie do danego świadczenia.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	punkty: 5, 12-13, 17-22, 26, 27-29, 63-70, 78-83, 90-96, 102-108, 114-122, 126 -131, 137-141, 147-148, 151-152, 157-162, 165-176. Informacje znajdujące się w Załączniku nr 1 do owu Tabeli norm oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	punkty: 8-11, 15-16, 18.1-18.3, 23-24, 25, 36-62, 71-77, 79, 81-83, 84-89, 95-96, 97-101, 107-108, 109-113, 117, 122, 123-125, 132-136, 140-141, 142-146, 149-150, 152, 153-156, 158, 163-164, 177-181, 182-186, 190, 192. Informacje znajdujące się w Załączniku nr 1 do owu Tabeli norm oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu.

Witaj w Allianz!

Dziękujemy, że decydujesz się ubezpieczyć u nas podróż.

Jesteśmy po to, aby chronić Ciebie przed skutkami zdarzeń, na które nie masz wpływu. Możesz polegać na naszym doświadczeniu. Jesteśmy z naszymi klientami od wielu lat – na każdym kroku.

The Allianz logo, featuring the word "Allianz" in a stylized, handwritten-style blue font.

Spis treści

1. Wstęp do Twojego ubezpieczenia	7
2. Opis produktu i warunki ubezpieczenia	9
2.1 Co obejmuje ubezpieczenie	10
2.2 Wyłączenia ogólne	63
2.3 Obowiązki Twoje i Ubezpieczonego	67
2.4 Szkoda – i co dalej?	72
2.5 Najważniejsze elementy umowy	79
2.6 Definicje	88
Tabela norm oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu	96
3. Przydatne wskazówki	101
4. Najczęściej zadawane pytania	103
5. Pomóż nam podnosić standardy	106

Wstęp do Twojego ubezpieczenia



Ubezpieczasz siebie lub innych ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia turystycznego Moja Podróż w Allianz. Ten przewodnik zawiera ogólne warunki tego ubezpieczenia.

Na podstawie złożonej przez nas i przyjętej przez Ciebie oferty ubezpieczenia oraz ogólnych warunków ubezpieczenia (o.w.u.), które znajdują się w tym przewodniku (rozdziały 1 i 2), zawierasz z nami czyli **Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółką Akcyjną** umowę ubezpieczenia. Ofertę przedstawimy Tobie po przeprowadzeniu badania Twoich wymagań i potrzeb.

Możesz zawrzeć z nami dwie lub jedną z dwóch typów umów ubezpieczenia – umowę Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży (obejmującą Ubezpieczenie kosztów organizacji podróży, a w nim w zależności od Twojego wyboru: ubezpieczenie Rezygnacja z podróży lub ubezpieczenie Przerwanie lub opóźnienie podróży) lub umowę Ubezpieczenia w podróży (obejmującą Ubezpieczenie w podróży, a w nim jeden z czterech dostępnych pakietów ubezpieczeń wraz z ewentualnymi ubezpieczeniami dodatkowymi).

Postanowienia o.w.u., w których piszemy o umowie, dotyczą zarówno Umowy Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży oraz Umowy Ubezpieczenia w podróży, przy czym jeżeli zawrzesz z nami jedną z nich, będą mogły Cię wiązać wyłącznie w jej zakresie. Jeśli postanowienia o.w.u. mają zastosowanie wyłącznie do jednej z tych dwóch typów umów lub objętych nimi dwóch typów ubezpieczeń, wówczas wskazujemy w treści konkretnego postanowienia (dla pojedynczych postanowień) lub w nagłówku podrozdziału (dla grupy postanowień), które z tych umów (lub ubezpieczeń) mogą dotyczyć i będą Cię mogły wiązać jeśli zawrzesz z nami daną umowę (umowę Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży lub umowę Ubezpieczenia w podróży).

W tych o.w.u. zawarliśmy informacje na temat:

- zakresu ubezpieczeń z uwzględnieniem ich typu oraz pakietów (co obejmuje i czego nie obejmuje dane ubezpieczenie),

1 WSTĘP DO TWOJEGO UBEZPIECZENIA

- obowiązków Twoich lub Ubezpieczonego,
- procesu likwidacji szkód,
- najważniejszych elementów umowy,
- naszych danych kontaktowych,
- definicji pojęć, które używamy w tych o.w.u.

Gdy piszemy **Ty**, mamy na myśli **Ubezpieczającego**, czyli osobę, która zawiera umowę. Dokładną definicję Ubezpieczającego znajdziesz w rozdziale Definicje.

Gdy piszemy **Ubezpieczony**, mamy na myśli osobę, którą chronimy na podstawie zawartej umowy. Dokładną definicję Ubezpieczonego znajdziesz w rozdziale Definicje.

Gdy piszemy **my**, mamy na myśli Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółkę Akcyjną. Zwróć uwagę, że usługi, które organizujemy w ramach tych o.w.u. (i których koszty pokrywamy) wykonuje AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie.

Zapoznaj się z rozdziałem Definicje, w którym wyjaśniamy pojęcia używane w tych o.w.u. Niektóre słowa zdefiniowaliśmy inaczej niż są powszechnie rozumiane. Jeśli definiujemy jakieś pojęcie, używając go w tych o.w.u., zawsze rozumiemy je zgodnie z tym, co opisaliśmy w rozdziale Definicje.

Jeśli masz pytania skontaktuj się z nami:

- przez telefon: 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora)
- lub przez naszą stronę internetową: www.allianz.pl

Ochrona danych osobowych

Jesteśmy administratorem danych osobowych, które zbieramy w związku z zawarciem i wykonaniem umowy.

Pełną treść klauzuli informacyjnej, która opisuje zasady przetwarzania przez nas danych osobowych, przekazujemy podczas zbierania danych. Informacje te dostępne są dla wszystkich na stronie internetowej: www.allianz.pl

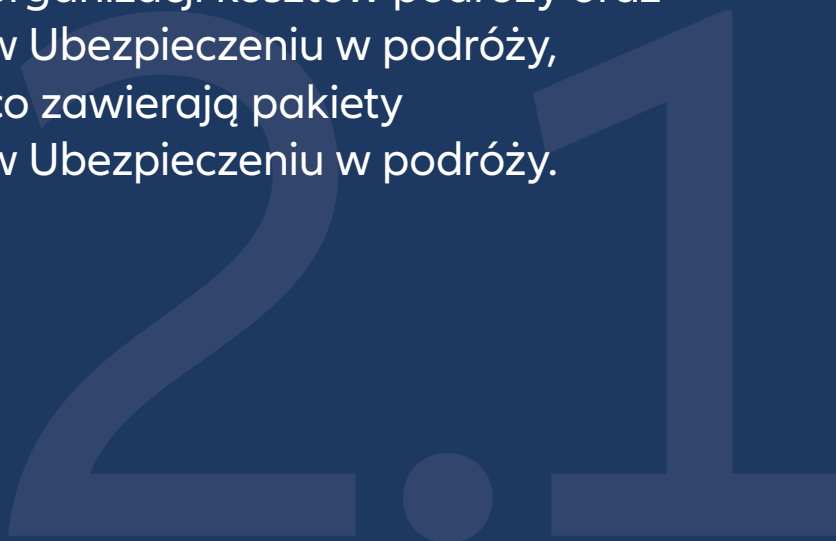
Opis produktu i warunki ubezpieczenia



Co obejmuje ubezpieczenie

Z tego rozdziału dowiesz się:

- co jest przedmiotem ubezpieczenia w Ubezpieczeniu organizacji kosztów podróży oraz w Ubezpieczeniu w podróży, a co nie może nim być,
- gdzie obowiązuje ubezpieczenie oraz jaki jest zakres ochrony w Ubezpieczeniu organizacji kosztów podróży oraz w Ubezpieczeniu w podróży,
- co zawierają pakiety w Ubezpieczeniu w podróży.



2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

1. Przedmiot ubezpieczenia to inaczej to, co obejmujemy ochroną. Ochroną ubezpieczeniową możemy objąć to, co wymieniamy w punktach 5 lub 26 w zależności od rodzajów zdarzeń ubezpieczeniowych obejmowanych ochroną w ramach danego ubezpieczenia. W składanej Tobie ofercie wskażemy proponowany zakres ochrony z uwzględnieniem przedmiotu ubezpieczenia (dla wszystkich Ubezpieczonych jeśli umowa będzie zawierana na cudzy rachunek).

2. Możemy wprowadzić w umowie postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień tych o.w.u. Takie postanowienia powinny być zaakceptowane przez obie strony (tj. przez Ciebie i nas).

3. Zakresem ochrony obejmujemy zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaistniały w okresie ubezpieczenia.

4. Ilekcio piszemy, że podejmiemy się organizacji usług lub świadczeń medycznych i pokryjemy ich koszty, a okaże się to niemożliwe wskutek okoliczności, za które nie ponosimy odpowiedzialności, zwrócimy Ubezpieczonemu poniesione przez niego i udokumentowane koszty usług lub świadczeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową na warunkach przewidzianych w tych o.w.u. (postanowienie dotyczy ubezpieczeń: Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Koszty leczenia w podróży po Polsce, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej, Ratownictwo i transport w podróży po Polsce, Assistance, Dla aktywnych sportowo: Ratownictwo Premium oraz Koszty leczenia po powrocie z podróży).

Ubezpieczenie kosztów organizacji podróży

W tej części rozdziału znajdziesz informacje dotyczące Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży.

W ramach tego ubezpieczenia obejmujemy ochroną skutki zdarzeń ubezpieczeniowych w postaci rezygnacji z podróży przed jej rozpoczęciem lub przerwania czy opóźnienia podróży w trakcie jej trwania.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

5. Przedmiotem Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży są:

- 5.1. w ubezpieczeniu **Rezygnacja z podróży** – poniesione przez Ubezpieczonego koszty usług turystycznych lub koszty zmiany rezerwacji usług turystycznych w przypadku rezygnacji z podróży,
- 5.2. w ubezpieczeniu **Przerwanie lub opóźnienie podróży** – poniesione przez Ubezpieczonego koszty usług turystycznych lub koszty zmiany rezerwacji usług turystycznych w przypadku opóźnienia lub przerwania podróży.

Gdzie działa ubezpieczenie

6. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej bez względu na strefę geograficzną, do której planujesz podróż.

Jak określamy sumy ubezpieczenia i limity odpowiedzialności

7. Suma ubezpieczenia to maksymalna kwota, do której odpowiadamy. Kwota ta stanowi górną granicę naszej odpowiedzialności. Wynika ona z umowy oraz potwierdzamy ją w polisie. Sumę ubezpieczenia określamy dla poszczególnych ubezpieczeń, dla każdego Ubezpieczonego, na cały okres ubezpieczenia, niezależnie od liczby zdarzeń ubezpieczeniowych.

Ubezpieczenie

8. Rezygnacja z podróży	• suma ubezpieczenia odpowiada wartości zadeklarowanych przez Ciebie (przy zawarciu umowy) kosztów usług turystycznych, które poniósł lub zobowiązany jest ponieść Ubezpieczony z tytułu zawartych (przed zawarciem tej umowy) umów o świadczenie usług turystycznych, nie więcej niż 30 000 złotych, • suma ubezpieczenia każdorazowo zmniejsza się o wysokość wypłaconego świadczenia (w stosunku do Ubezpieczonego, którego dotyczy wypłacone świadczenie) aż do całkowitego wyczerpania (redukcja sumy ubezpieczenia).
9. Przerwanie lub opóźnienie podróży	• w przypadku przerwania podróży suma ubezpieczenia odpowiada wartości zadeklarowanych przez Ciebie (przy zawarciu umowy), kosztów usług turystycznych, które poniósł lub zobowiązany jest ponieść Ubezpieczony z tytułu umów o świadczenie usług turystycznych zawartych do dnia rozpoczęcia podróży, nie mniej niż 3000 złotych i nie więcej niż 30 000 złotych,

- w przypadku opóźnienia podróży suma ubezpieczenia odpowiada wartości zadeklarowanych przez Ciebie (przy zawarciu umowy) kosztów usług turystycznych, które poniósł lub zobowiązany jest ponieść Ubezpieczony z tytułu umów o świadczenie usług turystycznych zawartych do dnia rozpoczęcia podróży, nie mniej niż 3000 złotych i nie więcej niż 30 000 złotych,
- suma ubezpieczenia każdorazowo zmniejsza się dla opóźnienia albo przerwania podróży o wysokość wypłaconego świadczenia (w stosunku do Ubezpieczonego, którego dotyczy wypłacone świadczenie) aż do całkowitego wyczerpania (redukcja sumy ubezpieczenia),
- szczegóły dotyczące limitów znajdują się w punkcie 18,
- zwróć uwagę, iż w tym przypadku suma ubezpieczenia może być wyższa niż w przypadku ubezpieczenia dodatkowego do Ubezpieczenia w podróży – Przerwanie lub opóźnienie podróży, o którym mowa w punktach 49 oraz 157-164.

Co może zawierać Ubezpieczenie kosztów organizacji podróży – zakres i sumy ubezpieczenia

Ubezpieczenie	Suma ubezpieczenia
10. Rezygnacja z podróży	SU do 30 000 złotych
11. Przerwanie lub opóźnienie podróży	• SU od 3 000 do 30 000 złotych dla przerwania podróży, • SU od 3 000 do 30 000 złotych dla opóźnienia podróży

Rezygnacja z podróży

Co jest objęte ochroną

12. W przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z podróży pokryjemy, do wysokości sumy ubezpieczenia, dotyczące Ubezpieczonego koszty organizacji podróży, przez które rozumiemy koszty usług turystycznych, które poniósł Ubezpieczony z tytułu umów o świadczenie usług turystycznych (zawartych do dnia zawarcia umowy Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży), lub koszty zmiany rezerwacji tych usług turystycznych, które nie zostaną zrealizowane w związku z rezygnacją z podróży.

13. Pokryjemy koszty, o których mowa w punkcie 12, gdy Ubezpieczony zrezygnuje z podróży przed jej rozpoczęciem, z jednej lub kilku następujących przyczyn zaistniałych w okresie ubezpieczenia:

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 13.1. nagłe zachorowanie lub wypadek Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, które zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, uniemożliwiają rozpoczęcie podróży któremukolwiek z nich,
- 13.2. nagłe zachorowanie lub wypadek Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, które zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, uniemożliwiają udział któremukolwiek z nich w aktywności, która zgodnie z zawartą umową o świadczenie usług turystycznych jest głównym celem ich podróży,
- 13.3. nagłe zachorowanie lub wypadek członka rodziny Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, które powoduje hospitalizację członka rodziny Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży lub, zgodnie z dokumentacją medyczną, stanowi stan zagrożenia życia któregokolwiek z nich i nie rokuje wyzdrowienia do chwili rozpoczęcia podróży,
- 13.4. śmierć współuczestnika podróży, śmierć współmałżonka lub dziecka Ubezpieczonego, śmierć współmałżonka lub dziecka współuczestnika podróży, śmierć psa asystującego Ubezpieczonemu lub współuczestnikowi podróży,
- 13.5. śmierć członka rodziny Ubezpieczonego lub śmierć członka rodziny współuczestnika podróży, innego niż współmałżonek lub dziecko któregokolwiek z nich, o ile śmierć nastąpiła nie wcześniej niż w okresie 60 dni poprzedzających dzień planowanego rozpoczęcia podróży wskazany przez Ciebie przy zawarciu umowy,
- 13.6. kwarantanna Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, która obowiązuje w dniu rozpoczęcia podróży,
- 13.7. potwierdzenie przez lekarza ciąży u Ubezpieczonej lub współmałżonki Ubezpieczonego,
- 13.8. przeciwwskazania medyczne do poddania się przez Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży obowiązkowym szczepieniom wymaganych przy wjeździe do kraju podróży,
- 13.9. odmowa wydania Ubezpieczonemu lub współuczestnikowi podróży wizy wymaganej przy wjeździe do kraju podróży,
- 13.10. kradzież dokumentów Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży: dowód osobisty, paszport (jeśli jest wymagany przepisami prawa do przekroczenia granicy kraju podróży i nie może być zastąpiony przez dowód osobisty), wiza turystyczna (jeśli jest wymagana do przekroczenia granicy kraju podróży) lub dokument potwierdzający uprawnienia do kierowania pojazdem, którym miał kierować Ubezpieczony lub współuczestnik podróży i wykorzystywać jako środek transportu w podróż,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 13.11. wypadek drogowy, kolizja lub awaria pojazdu, który posiada Ubezpieczony lub współuczestnik podróży, których skutkiem jest uniemożliwienie pojazdu uniemożliwiające rozpoczęcie podróży w dniu planowanego rozpoczęcia podróży wskazanym przez Ciebie przy zawarciu umowy, jeżeli któryś z tych pojazdów miał być wykorzystany jako środek transportu w podróży,
- 13.12. kradzież pojazdu, który posiada Ubezpieczony lub współuczestnik podróży, jeżeli pojazd ten miał być wykorzystany przez nich jako środek transportu w podróży,
- 13.13. opóźnienie ze strony przewoźnika o co najmniej 24 godziny od zaplanowanego czasu rozpoczęcia pierwszego transportu w podróży, które jest skutkiem klęski żywiołowej, warunków pogodowych, zamknięcia ruchu lotniczego lub kolejowego którego miał dotyczyć transport,
- 13.14. odwołanie przez usługodawcę danej usługi turystycznej z powodu klęski żywiołowej lub warunków pogodowych, która miała trwać co najmniej dwa dni w trakcie podróży,
- 13.15. obowiązek osobistego stawiennictwa przed sądem Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, jeżeli któryś z nich jest stroną lub przedstawicielem ustawowym strony albo świadkiem w ramach sądowego postępowania cywilnego lub karnego (nie dotyczy pełnomocników stron), o ile Ubezpieczony lub współuczestnik podróży nie mieli wiedzy o dacie stawiennictwa przed zawarciem umowy,
- 13.16. zakończenie procedury przysposobienia dziecka w ośrodku adopcyjnym (przez które rozumiemy przedstawienie dziecka potencjalnym rodzicom) z udziałem Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, jeżeli procedura ta rozpoczęła się przez zawarciem umowy,
- 13.17. wniesienie do sądu pozwu o rozwód lub separację przez Ubezpieczonego lub współmężonka Ubezpieczonego,
- 13.18. otrzymanie przez Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży oferty odpłatnego zatrudnienia potwierdzonego zawarciem umowy o pracę na czas nieokreślony, które wymaga obecności w tej pracy (Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży) w czasie zaplanowanej podróży,
- 13.19. rozwiązanie lub wypowiedzenie umowy o pracę z przyczyn innych niż leżące po stronie Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży jako pracowników lub niewynikających z ich decyzji, w przypadku gdy Ubezpieczony lub współuczestnik podróży jest zatrudniony u danego pracodawcy od co najmniej 12 miesięcy na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 13.20. zmiana stałego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, na skutek zmiany warunków umowy o pracę, tj. zmiany miejsca świadczenia pracy przez Ubezpieczonego, współuczestnika podróży lub któregoś z ich współmałżonków, o odległość co najmniej 150 km od ostatniego miejsca świadczenia pracy,
- 13.21. oddelegowanie Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży przez pracodawcę, w przypadku katastrofy lub klęski żywiołowej, do dyspozycji organu kierującego działaniami prowadzonymi w celu zapobieżenia skutkom klęski żywiołowej lub ich usunięcia, w przypadku gdy pozostawanie w dyspozycji przypadłoby w okresie planowanej podróży,
- 13.22. powołanie Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, członka rodziny Ubezpieczonego lub członka rodziny współuczestnika podróży niebędących żołnierzami do obowiązkowej służby wojskowej,
- 13.23. zdarzenie losowe: pożar, kradzież z włamaniem, powódź, eksplozja, obsunięcie się ziemi, tąpnięcie, lawina, huragan, zalanie lub zagrożenie katastrofą budowlaną w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży,
- 13.24. brak możliwości zakwaterowania w zarezerwowanym miejscu pobytu w podróży z powodu pożaru, zalania, powodzi lub zagrożenia katastrofą budowlaną,
- 13.25. brak możliwości zakwaterowania w trakcie podróży u osoby bliskiej, jeżeli miejsce zamieszkania bliskiej osoby było planowanym miejscem pobytu Ubezpieczonego w podróży, z powodu pożaru, powodzi, eksplozji, obsunięcia się ziemi, tąpnięcia, lawiny, huraganu, zalania lub zagrożenia katastrofą budowlaną bądź nagłego zachorowania, wypadku lub śmierci osób zamieszkujących pod tym samym adresem co ta osoba bliska,
- 13.26. nakaz obowiązkowej ewakuacji w miejscu pobytu Ubezpieczonego w podróży, wydany przez organy uprawnione nie wcześniej niż w okresie 60 dni poprzedzających dzień planowanego rozpoczęcia podróży wskazany przez Ciebie przy zawarciu umowy.

14. Koszty organizacji podróży, o których mowa w punkcie 12, zwrócimy na podstawie przedstawionych dokumentów lub innych dowodów ich poniesienia.

Co nie jest objęte ochroną

15. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie jedno lub kilka wyłączeń ogólnych.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

16. Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z rezygnacją z podróży, które nie są wliczone w cenę usług turystycznych, z wyłączeniem punktu 223.

Przerwanie lub opóźnienie podróży

Co jest objęte ochroną

17. W przypadku przerwania lub opóźnienia podróży Ubezpieczonego pokryjemy, do wysokości sumy ubezpieczenia, dotyczące Ubezpieczonego koszty organizacji podróży, przez które rozumiemy koszty usług turystycznych, które poniósł Ubezpieczony z tytułu umów o świadczenie usług turystycznych (zawartych do dnia rozpoczęcia podróży), lub koszty zmiany rezerwacji tych usług turystycznych, które nie zostaną zrealizowane w związku z przerwaniem lub opóźnieniem podróży lub koszty dodatkowe, o których mowa w punkcie 18.

18. Dodatkowo:

- 18.1. pokryjemy związane z przerwaniem lub opóźnieniem podróży koszty transportu, jakie poniósł Ubezpieczony w celu wcześniejszego powrotu do Polski lub kraju zamieszkania albo w celu kontynuowania podróży po jej opóźnieniu, w tym koszty zakupu u przewoźnika biletu w klasie ekonomicznej lub koszty zmiany terminu usługi transportu (rezerwacji biletu),
- 18.2. zrealizujemy na rzecz Ubezpieczonego:
 - 18.2.1. wypłatę świadczenia w kwocie 300 złotych dziennie na pokrycie kosztów związanych z przerwaniem lub opóźnieniem podróży, maksymalnie za 5 dni (każdy rozpoczęty dzień, łącznie za tyle dni ile trwało opóźnienie w podróży w przypadku jej opóźnienia lub czas oczekiwania na powrót do miejsca zamieszkania w przypadku jej przerwania) albo
 - 18.2.2. pokrycie kosztów dodatkowego zakwaterowania, wyżywienia i transportu lokalnego związane z przerwaniem lub opóźnieniem podróży, jakie poniósł Ubezpieczony w związku z koniecznością dłuższego niż zaplanowany, pozostania w miejscu pobytu w podróży w celu oczekiwania na transport do Polski lub kraju zamieszkania lub kontynuowania podróży po jej opóźnieniu, do wysokości łącznego limitu 600 złotych dziennie, maksymalnie za 5 dni (każdy rozpoczęty dzień, łącznie za tyle dni ile trwało opóźnienie w podróży w przypadku jej opóźnienia lub czas oczekiwania na powrót do miejsca zamieszkania w przypadku jej przerwania);

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 18.3. pokryjemy związane z przerwaniem lub opóźnieniem podróży dodatkowe koszty zakwaterowania (wynikające z współdzielenia miejsca zamieszkania z innymi współuczestnikami podróży), które musiał ponieść Ubezpieczony, jeśli zapłacił z góry za wspólne zakwaterowanie, a jego współuczestnik podróży musiał przerwać podróż.

19. Zakresem ochrony obejmujemy zdarzenia powstałe wskutek:

- 19.1. przerwania podróży (przez przerwanie rozumiemy zakończenie podróży przed zaplanowanym terminem z jednej lub kilku przyczyn wskazanych w punkcie 20 i powrót do Polski lub kraju zamieszkania), lub
- 19.2. opóźnienia podróży (przez opóźnienie rozumiemy przerwę w podróży z jednej lub kilku przyczyn wskazanych w punkcie 21, po której nastąpi kontynuowanie podróży).

20. Pokryjemy koszty przerwania podróży, gdy do przerwania podróży dojdzie z jednej lub kilku następujących przyczyn powstałych po jej rozpoczęciu:

- 20.1. nagłe zachorowanie lub wypadek Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, które zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, uniemożliwiają kontynuowanie podróży któremukolwiek z nich,
- 20.2. nagłe zachorowanie lub wypadek członka rodziny Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, które powoduje hospitalizację członka rodziny Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży lub, zgodnie z dokumentacją medyczną, stanowi stan zagrożenia życia któregokolwiek z nich,
- 20.3. śmierć współuczestnika podróży, śmierć członka rodziny Ubezpieczonego lub śmierć członka rodziny współuczestnika podróży, śmierć psa asystującego Ubezpieczonemu lub współuczestnikowi podróży,
- 20.4. kwarantanna Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży,
- 20.5. wypadek drogowy, kolizja lub awaria pojazdu, który posiada Ubezpieczony lub współuczestnik podróży i którym podróżował Ubezpieczony, których skutkiem jest unieruchomienie pojazdu, jeżeli pojazd był wykorzystywany jako środek transportu w podróży,
- 20.6. kradzież pojazdu, którym podróżował Ubezpieczony lub współuczestnik podróży, jeżeli pojazd był wykorzystywany przez nich jako środek transportu w podróży,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 20.7. brak zgody przewoźnika na wejście Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży do środka transportu, ze względu na podejrzenie choroby zakaźnej, w tym Covid-19,
- 20.8. opóźnienie ze strony przewoźnika o co najmniej 24 godziny od zaplanowanego czasu rozpoczęcia lub zakończenia transportu Ubezpieczonego w podróży, które jest skutkiem klęski żywiołowej, warunków pogodowych, zamknięcia ruchu lotniczego lub kolejowego którego miał dotyczyć transport,
- 20.9. obowiązek osobistego stawienia się przed sądem Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, jeżeli któryś z nich jest stroną lub przedstawicielem ustawowym strony albo świadkiem w ramach sądowego postępowania cywilnego lub karnego (nie dotyczy pełnomocników stron), o ile nie mieli wiedzy o obowiązku takiego stawienia się przed rozpoczęciem podróży,
- 20.10. oddelegowanie Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży przez pracodawcę, w przypadku katastrofy lub klęski żywiołowej, do dyspozycji organu kierującego działaniami prowadzonymi w celu zapobieżenia skutkom klęski żywiołowej lub ich usunięcia, na czas obejmujący część podróży,
- 20.11. powołanie Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, członka rodziny Ubezpieczonego lub członka rodziny współuczestnika podróży niebędących żołnierzami do obowiązkowej służby wojskowej, na czas obejmujący część podróży,
- 20.12. zdarzenie losowe: pożar, kradzież z włamaniem, powódź, eksplozja, obsunięcie się ziemi, tąpnięcie, lawina, huragan, zalanie lub zagrożenie katastrofą budowlaną w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży,
- 20.13. klęska żywiołowa w miejscu przebywania Ubezpieczonego w podróży,
- 20.14. zamieszki społeczne w miejscu przebywania Ubezpieczonego w podróży.

21. Pokryjemy koszty opóźnienia podróży, gdy do opóźnienia podróży dojdzie z jednej lub kilku następujących przyczyn powstałych po jej rozpoczęciu:

- 21.1. nagłe zachorowanie lub wypadek Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży,
- 21.2. wypadek drogowy, kolizja lub awaria pojazdu, który posiada Ubezpieczony lub współuczestnik podróży i którym podróżował

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Ubezpieczony, których skutkiem jest unieruchomienie pojazdu, jeżeli pojazd był wykorzystywany jako środek transportu w podróży,

- 21.3. kradzież pojazdu, którym podróżował Ubezpieczony lub współuczestnik podróży, jeżeli pojazd był wykorzystywany przez nich jako środek transportu w podróży,
- 21.4. kwarantanna Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży,
- 21.5. brak zgody przewoźnika na wejście Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży do środka transportu, ze względu na podejrzenie choroby zakaźnej, w tym Covid-19,
- 21.6. opóźnienie ze strony przewoźnika o co najmniej 24 godziny od zaplanowanego czasu rozpoczęcia lub zakończenia transportu Ubezpieczonego w podróży, które jest skutkiem klęski żywiołowej, warunków pogodowych, zamknięcia ruchu lotniczego lub kolejowego, którego miał dotyczyć ten transport
- 21.7. klęska żywiołowa w miejscu przebywania Ubezpieczonego w podróży,
- 21.8. zamieszki społeczne w miejscu przebywania Ubezpieczonego w podróży,
- 21.9. zgubienie lub kradzież dokumentów Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży: dowód osobisty, paszport (jeśli jest wymagany przepisami prawa do przekroczenia granicy kraju podróży i nie może być zastąpiony przez dowód osobisty), wiza turystyczna (jeśli jest wymagana do przekroczenia granicy kraju podróży) lub dokument potwierdzający uprawnienia do prowadzenia kierowania pojazdem, którym kierował lub miał kierować Ubezpieczony i wykorzystywać jako środek transportu w podróży.

22. Koszty przerwania lub opóźnienia podróży, o których mowa w punktach 17 i 18, zwrócimy na podstawie przedstawionych dokumentów lub innych dowodów ich poniesienia (z wyłączeniem punktu 18.2.1.).

Co nie jest objęte ochroną

23. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie jedno lub kilka wyłączeń ogólnych.

24. Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z przerwaniem lub opóźnieniem podróży, które nie są wliczone w cenę usług turystycznych lub świadczeń wskazanych w punkcie 18, z wyłączeniem punktu 223.

Ubezpieczenie w podróży

W tej części rozdziału znajdziesz informacje dotyczące Ubezpieczenia w podróży.

W ramach tego ubezpieczenia, obejmujemy ochroną skutki zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych w podróży. To co będziemy chronić będzie uzależnione od tego jaki wybierzesz pakiet lub ubezpieczenia dodatkowe do pakietu.

Możesz wybrać jeden z czterech pakietów dla podróży zagranicznej lub jeden z trzech pakietów dla podróży po Polsce. Po opłaceniu dodatkowej składki możesz też rozszerzyć pakiet o dodatkowe ubezpieczenia.

25. Ubezpieczenie obejmuje tylko zakres pakietu, który wybierzesz, poszerzony o ewentualne dodatkowe ubezpieczenia lub rozszerzenia (klauzule).

26. W poszczególnych pakietach przedmiotem ubezpieczenia są:

Podróż zagraniczna:

- 26.1. w ubezpieczeniu **Koszty leczenia w podróży zagranicznej** – koszty i organizacja świadczeń medycznych w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego oraz poniesione przez Ubezpieczonego koszty zakwaterowania i wyżywienia w przypadku objęcia go kwarantanną,
- 26.2. w ubezpieczeniu **Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej** – koszty akcji ratowniczej lub poszukiwawczej Ubezpieczonego oraz koszty i organizacja usługi transportu Ubezpieczonego, w tym transportu medycznego w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego,
- 26.3. w ubezpieczeniu **Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW)** – następstwa wypadku, którego skutkiem jest uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć Ubezpieczonego,
- 26.4. w ubezpieczeniu **OC w życiu prywatnym** – odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym Ubezpieczonego za szkody wyrządzone przez Ubezpieczonego osobom trzecim i szkody w ich mieniu,
- 26.5. w ubezpieczeniu **Bagaż Podróżny** – bagaż podróżny Ubezpieczonego w przypadku uszkodzenia, zniszczenia utraty lub kradzieży

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

bagażu podróznego oraz poniesione przez Ubezpieczonego koszty w przypadku opóźnienia dostarczenia bagażu podróznego,

- 26.6. w ubezpieczeniu **Assistance** – organizacja usług assistance w przypadku:
 - 26.6.1. nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego,
 - 26.6.2. aktu terroru lub działań wojennych w kraju podróży Ubezpieczonego

Podróż po Polsce:

- 26.7. w ubezpieczeniu **Koszty leczenia w podróży po Polsce** – w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego:
 - 26.7.1. koszty i organizacja świadczeń medycznych,
 - 26.7.2. koszty i organizacja usług dostarczenia lub zakupu leków,
 - 26.7.3. koszty i organizacja usług dostarczenia lub zakupu środków opatrunkowych,
 - 26.7.4. koszty i organizacja usług dostarczenia lub zakupu, lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
 - 26.7.5. koszty i organizacja usług pomocy domowej po hospitalizacji,
 - 26.7.6. koszty i organizacja konsultacji psychologicznej,
 - 26.7.7. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
- 26.8. w ubezpieczeniu **Ratownictwo i transport w podróży po Polsce** – koszty akcji ratowniczej lub poszukiwawczej Ubezpieczonego oraz koszty i organizacja usługi transportu Ubezpieczonego, w tym transportu medycznego w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego,
- 26.9. w ubezpieczeniu **Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW)** – następstwa wypadku, którego skutkiem jest uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć Ubezpieczonego,
- 26.10. w ubezpieczeniu **OC w życiu prywatnym** – odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym Ubezpieczonego za szkody wyrządzone przez Ubezpieczonego osobom trzecim i szkody w ich mieniu,
- 26.11. w ubezpieczeniu **Bagaż Podróżny** – bagaż podróżny Ubezpieczonego w przypadku uszkodzenia, zniszczenia, utraty lub kradzieży bagażu podróznego oraz poniesione przez Ubezpieczonego koszty w przypadku opóźnienia dostarczenia bagażu podróznego,
- 26.12. w ubezpieczeniu **Assistance** – organizacja usług assistance w przypadku:
 - 26.12.1. nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego,
 - 26.12.2. aktu terroru lub działań wojennych w kraju podróży Ubezpieczonego.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Dodatkowe ubezpieczenia:

- 26.13. w ubezpieczeniu **Wypożyczony samochód – zniesienie udziału własnego** – poniesione przez Ubezpieczonego koszty udziału własnego w przypadku szkody w wypożyczonym samochodzie,
- 26.14. w ubezpieczeniu **Przerwanie lub opóźnienie podróży** – poniesione przez Ubezpieczonego koszty usług turystycznych w przypadku opóźnienia lub przerwania jego podróży,
- 26.15. w ubezpieczeniu **Dla aktywnych sportowo** –
 - 26.15.1. Koszty niewykorzystanych aktywności – poniesione przez Ubezpieczonego koszty niewykorzystanych zajęć sportowych lub karnetów w przypadku jego nagłego zachorowania lub wypadku,
 - 26.15.2. Koszty wypożyczenia sprzętu sportowego – poniesione przez Ubezpieczonego koszty wypożyczenia sprzętu sportowego w przypadku uszkodzenia, zniszczenia, utraty lub kradzieży sprzętu sportowego wykorzystywanego przez Ubezpieczonego w podróży,
 - 26.15.3. Utrata lub zniszczenie sprzętu sportowego – sprzęt sportowy Ubezpieczonego w przypadku uszkodzenia, zniszczenia, utraty lub kradzieży sprzętu sportowego,
 - 26.15.4. Ratownictwo Premium – koszty akcji poszukiwawczej lub ratowniczej Ubezpieczonego,
 - 26.15.5. Koszty leczenia po powrocie z podróży – koszty i organizacja świadczeń medycznych Ubezpieczonemu na terytorium Polski po powrocie z podróży w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego, w związku z którym udzielaliśmy mu pomocy w trakcie podróży.

Rozszerzenia zakresu ochrony:

27. Klauzula alkoholowa – jeśli optacisz dodatkową składkę, możemy objąć ochroną szkody powstałe wskutek działania Ubezpieczonego w stanie pod wpływem alkoholu w ubezpieczeniach: Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Koszty leczenia w podróży po Polsce, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej, Ratownictwo i transport w podróży po Polsce, Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW), Dla aktywnych sportowo: Ratownictwo Premium oraz Koszty leczenia po powrocie z podróży.

28. Klauzula sportów wysokiego ryzyka i zimowych – jeśli optacisz dodatkową składkę, możemy objąć ochroną szkody powstałe wskutek uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka lub

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

zimowych w ubezpieczeniach: Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Koszty leczenia w podróży po Polsce, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej, Ratownictwo i transport w podróży po Polsce, Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW), OC w życiu prywatnym, Dla aktywnych sportowo: Ratownictwo Premium oraz Koszty leczenia po powrocie z podróży; rozszerzenie naszej odpowiedzialności o Klauzulę sportów wysokiego ryzyka i zimowych nie wyłącza ani nie ogranicza naszej odpowiedzialności wynikającej z ryzyka uprawiania sportów rekreacyjnych.

29. Klauzula wyczynowego uprawiania sportów – jeśli optacisz dodatkową składkę, możemy objąć ochroną szkody powstałe wskutek uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wyczynowo w ubezpieczeniach: Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Koszty leczenia w podróży po Polsce, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej, Ratownictwo i transport w podróży po Polsce, Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW), Dla aktywnych sportowo: Ratownictwo Premium oraz Koszty leczenia po powrocie z podróży; rozszerzenie naszej odpowiedzialności o Klauzulę wyczynowego uprawiania sportów nie wyłącza ani nie ogranicza naszej odpowiedzialności wynikającej z ryzyka uprawiania sportów rekreacyjnych; rozszerzenie naszej odpowiedzialności o Klauzulę wyczynowego uprawiania sportów oznacza również naszą odpowiedzialność związaną z ryzykiem uprawiania sportów zawodowo.

Gdzie działa ubezpieczenie

30. W przypadku ubezpieczeń, w których podróż zagraniczna rozpoczyna się, w rozumieniu tych o.w.u.:

- 30.1. wraz z opuszczeniem miejsca zamieszkania, udzielamy ochrony ubezpieczeniowej na terytorium Polski (jeżeli krajem zamieszkania Ubezpieczonego jest Polska) oraz w wybranej przez Ciebie strefie geograficznej (Strefa A, B, albo C), o którą pytaliśmy Ciebie przed złożeniem Ci oferty i zawarciem umowy, potwierdzonej następnie w polisie,
- 30.2. wraz z przekroczeniem granicy kraju zamieszkania – udzielamy ochrony ubezpieczeniowej wybranej przez Ciebie strefie geograficznej (Strefa A, B, albo C), o którą pytaliśmy Ciebie przed złożeniem Ci oferty i zawarciem umowy, potwierdzonej następnie w polisie.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

31. W przypadku ubezpieczenia Dla aktywnych sportowo: Koszty leczenia po powrocie z podróży zorganizujemy udzielenie świadczeń medycznych na terytorium Polski i pokryjemy ich koszty albo zwrócimy udokumentowane poniesione koszty świadczeń medycznych udzielonych wyłącznie na terytorium Polski.

32. W przypadku podróży po Polsce udzielamy ochrony ubezpieczeniowej w strefie geograficznej oznaczonej jako Strefa P.

Jak określamy sumy ubezpieczenia i limity odpowiedzialności

33. Suma ubezpieczenia albo suma gwarancyjna to maksymalne kwoty, do których odpowiadamy w ramach umowy. Kwoty te stanowią górną granicę naszej odpowiedzialności. Wynikają one z umowy oraz potwierdzamy je w polisie. Sumę ubezpieczenia określamy dla poszczególnych ubezpieczeń (w przypadku OC w życiu prywatnym – sumę gwarancyjną), a limity odpowiedzialności określamy w ramach danej sumy ubezpieczenia. Limity to maksymalne kwoty, do których odpowiadamy w ramach danego ubezpieczenia – dla określonego rodzaju poszczególnych kosztów, które pokrywamy lub zwracamy.

34. Sumę ubezpieczenia, sumę gwarancyjną oraz limity określamy dla każdego Ubezpieczonego, zgodnie z wybranym pakietem ubezpieczenia lub ubezpieczeniami dodatkowymi oraz strefą geograficzną, na cały okres ubezpieczenia niezależnie od liczby zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem punktu 35.

35. W przypadku dodatkowego ubezpieczenia Wypożyczony samochód – zniesienie udziału własnego sumę ubezpieczenia określamy dla jednego wypożyczonego samochodu, wynajętego przez jednego lub więcej Ubezpieczonych z danej umowy ubezpieczenia w podróży.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Podróż zagraniczna:

Ubezpieczenie

36. Koszty leczenia w podróży zagranicznej	• limit dla kosztów świadczeń medycznych z zakresu leczenia stomatologicznego – 1000 złotych, • limit dla kosztów świadczeń medycznych w przypadku nagłego zachorowania w postaci zaostrzenia objawów chorób przewlekłych w pakiecie Komfort, Plus i Ekstra – 200 000 złotych, • limit dla kosztów świadczeń medycznych w przypadku nagłego zachorowania w postaci zaostrzenia objawów chorób przewlekłych w pakiecie Max – 1 000 000 złotych, • limit dla kosztów zakwaterowania i wyżywienia w przypadku objęcia Ubezpieczonego kwarantanną 5400 złotych, • suma ubezpieczenia (oraz limit jeśli ma zastosowanie) każdorazowo zmniejsza się w stosunku do Ubezpieczonego, którego dotyczy świadczenie o wysokość zrealizowanego świadczenia aż do całkowitego wyczerpania (redukcja), • szczegóły dotyczące limitów znajdują się w punktach 65-66, 68.
37. Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej	• brak limitu na koszty transportu, • limit na pokrycie kosztów poszukiwania i ratownictwa – 100 000 złotych, • limit na pokrycie kosztów poszukiwania i ratownictwa każdorazowo zmniejsza się w stosunku do Ubezpieczonego, którego dotyczy świadczenie, o wysokość zrealizowanego świadczenia aż do całkowitego wyczerpania (redukcja), • szczegóły dotyczące limitów znajdują się w punktach 91, 94-96.
38. Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW)	• w ubezpieczeniu wyróżniamy: – sumę ubezpieczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku, – sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku; • suma ubezpieczenia nie podlega redukcji.
39. OC w życiu prywatnym	• suma gwarancyjna każdorazowo zmniejsza się przypadku Ubezpieczonego, którego dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe o wysokość wypłaconego odszkodowania aż do całkowitego wyczerpania (redukcja sumy gwarancyjnej).
40. Bagaż podróżny	• limit na zwrot kosztów powstałych wskutek opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego w pakiecie Komfort dla strefy B i C wynosi 500 złotych, w pakiecie Plus, Ekstra, Max (niezależnie od strefy geograficznej) wynosi 1000 złotych • suma ubezpieczenia (oraz limit jeśli ma zastosowanie) każdorazowo zmniejsza się w stosunku do Ubezpieczonego, którego dotyczy świadczenie o wysokość wypłaconego świadczenia aż do całkowitego wyczerpania (redukcja), • szczegóły dotyczące limitów znajdują się w punktach 140-141.
41. Assistance	• brak limitów.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Podróż po Polsce:

Ubezpieczenie

42. Koszty leczenia w podróży po Polsce	• limity dla poszczególnych usług lub świadczeń medycznych do jakich odpowiadamy określiliśmy i wymieniliśmy w punktach 81-83, • suma ubezpieczenia (oraz limit jeśli ma zastosowanie) każdorazowo zmniejsza się w stosunku do Ubezpieczonego, którego dotyczy świadczenie o wysokość zrealizowanego świadczenia aż do całkowitego wyczerpania (redukcja).
43. Ratownictwo i transport w podróży po Polsce	• brak limitu na koszty transportu, • limit na pokrycie kosztów poszukiwania i ratownictwa – 25 000 złotych, • limit na pokrycie kosztów poszukiwania i ratownictwa każdorazowo zmniejsza się w stosunku do Ubezpieczonego, którego dotyczy świadczenie, o wysokość zrealizowanego świadczenia aż do całkowitego wyczerpania (redukcja), • szczegóły dotyczące limitów znajdują się w punktach 105, 107-108.
44. Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW)	• w ubezpieczeniu wyróżniamy: – sumę ubezpieczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku, – sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku; • suma ubezpieczenia nie podlega redukcji.
45. OC w życiu prywatnym	• suma gwarancyjna każdorazowo zmniejsza się w przypadku Ubezpieczonego, którego dotyczy zdarzenie o wysokość wypłaconego odszkodowania aż do całkowitego wyczerpania (redukcja sumy gwarancyjnej).
46. Bagaż podróżny	• limit na zwrot kosztów powstałych wskutek opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego w pakietach Plus i Max wynosi 1000 złotych, • suma ubezpieczenia (oraz limit jeśli ma zastosowanie) każdorazowo zmniejsza się w stosunku do Ubezpieczonego, którego dotyczy świadczenie o wysokość zrealizowanego świadczenia aż do całkowitego wyczerpania (redukcja), • szczegóły dotyczące limitów znajdują się w punktach 140-141.
47. Assistance	• brak limitów.

Dodatkowe ubezpieczenia:

Ubezpieczenie

48. Wypożyczony samochód – zniesienie udziału własnego	• suma ubezpieczenia wynosi 15 000 złotych, • sumę ubezpieczenia określamy dla jednego wypożyczonego samochodu przez jednego lub więcej Ubezpieczonych z danej umowy, • suma ubezpieczenia stanowi górny limit zwracanego przez nas udziału własnego Ubezpieczonego w wypożyczonym samochodzie.
49. Przerwanie lub opóźnienie podróży	• suma ubezpieczenia w umowie krótkoterminowej (krótszej niż rok) w przypadku przerwania podróży wynosi 3 000 złotych, • suma ubezpieczenia w umowie rocznej w przypadku przerwania podróży wynosi 20 000 złotych, • suma ubezpieczenia w umowie krótkoterminowej (krótszej niż rok) w przypadku opóźnienia podróży wynosi 3 000 złotych, • suma ubezpieczenia w umowie rocznej w przypadku opóźnienia podróży wynosi 20 000 złotych, • suma ubezpieczenia stanowi górny limit poniesionych kosztów (za które odpowiadamy) w przypadku przerwania albo opóźnienia podróży, • suma ubezpieczenia każdorazowo zmniejsza się dla opóźnienia albo przerwania podróży o wysokość wypłaconego świadczenia (w stosunku do Ubezpieczonego, którego dotyczy wypłacone świadczenie) aż do całkowitego wyczerpania (redukcja sumy ubezpieczenia).
50. Dla aktywnych sportowo	• suma ubezpieczenia dla ubezpieczenia Zwrot kosztów niewykorzystanych aktywności wynosi 1 000 złotych, • suma ubezpieczenia dla ubezpieczenia Zwrot kosztów wypożyczenia sprzętu sportowego wynosi 1 000 złotych, • suma ubezpieczenia dla ubezpieczenia Utrata lub zniszczenie sprzętu sportowego wynosi 20 000 złotych, • Ratownictwo Premium – suma ubezpieczenia na pokrycie kosztów ratownictwa – 100 000 złotych (zwróć uwagę, że każdy Ubezpieczony ma dodatkowo 100 000 złotych z ubezpieczenia Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej – co daje łącznie 200 000 złotych albo dodatkowo 25 000 złotych z ubezpieczenia Ratownictwo i transport w podróży po Polsce, co daje łącznie 125 000 złotych), • Koszty leczenia po powrocie z podróży – suma ubezpieczenia dla świadczeń medycznych 15 000 złotych.

Co mogą zawierać pakiety – zakres i sumy ubezpieczenia

Podróż zagraniczna:

Zakres	Pakiet Komfort	Pakiet Plus	Pakiet Ekstra	Pakiet Max
	Suma ubezpieczenia			
51. Koszty leczenia w podróży zagranicznej	Strefa A: 200 000 złotych	Strefa A: 400 000 złotych	Strefa A: 600 000 złotych	Strefa A: 5 000 000 złotych
	Strefa B i C: 300 000 złotych	Strefa B i C: 500 000 złotych	Strefa B i C: 1 000 000 złotych	Strefa B i C: 5 000 000 złotych
52. Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej	transport – bez limitu ratownictwo i poszukiwanie – 100 000 zł			
53. Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW)	uszczerbek na zdrowiu – 10 000 złotych śmierć – 10 000 złotych	uszczerbek na zdrowiu – 25 000 złotych śmierć – 25 000 złotych	uszczerbek na zdrowiu – 60 000 złotych śmierć – 60 000 złotych	uszczerbek na zdrowiu – 150 000 złotych śmierć – 150 000 złotych
54. OC w życiu prywatnym	1 000 000 złotych	1 000 000 złotych	1 000 000 złotych	2 000 000 złotych
55. Bagaż podróżny	W tym pakiecie w strefie A bagaż podróżny nie jest ubezpieczony	Strefa A: 2 000 złotych	Strefa A: 10 000 złotych	Strefa A: 10 000 złotych
	Strefa B i C: 500 złotych	Strefa B i C: 2 000 złotych	Strefa B i C: 10 000 złotych	Strefa B i C: 10 000 złotych
	Limit na koszty związane z opóźnieniem dostarczenia bagażu podróznego 500 złotych	Limit na koszty związane z opóźnieniem dostarczenia bagażu podróznego 1000 złotych		
56. Assistance	Brak limitu			

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Podróż po Polsce (strefa P):

Zakres	Pakiet Komfort	Pakiet Plus	Pakiet Max
57. Koszty leczenia w podróży po Polsce	2 000 złotych zdarzenia w Polsce	2 000 złotych zdarzenia w Polsce	5 000 złotych zdarzenia w Polsce
	25 000 złotych zdarzenia na terytorium państwa bezpośrednio graniczącego z Polską, w pasie o szerokości 30 km od granicy Polski		
58. Ratownictwo transport w podróży po Polsce	transport – bez limitu ratownictwo i poszukiwanie –25 000 złotych		
59. Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW)	uszczerbek na zdrowiu – 10 000 złotych śmierć – 10 000 złotych	uszczerbek na zdrowiu – 25 000 złotych śmierć – 25 000 złotych	uszczerbek na zdrowiu – 60 000 złotych śmierć – 60 000 złotych
60. OC w życiu prywatnym	1 000 000 złotych	1 000 000 złotych	1 000 000 złotych
61. Bagaż podróżny	W tym pakiecie bagaż podróżny nie jest ubezpieczony	2 000 złotych	10 000 złotych
		Limit na koszty związane z opóźnieniem dostarczenia bagażu podróżnego 1 000 złotych	
62. Assistance	Brak limitu		

Koszty leczenia w podróży zagranicznej

Co jest objęte ochroną

63. Zorganizujemy udzielenie świadczeń medycznych Ubezpieczonemu, co do których potrzeba realizacji powstała w wyniku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego w podróży zagranicznej i pokryjemy ich koszty do wysokości sumy ubezpieczenia lub określonych limitów.

64. Zakres ubezpieczenia obejmuje koszty świadczeń medycznych w zakresie poprawy stanu zdrowia, w tym koszty zakupu leków, środków opatrunkowych oraz środków ortopedycznych zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie, tak aby Ubezpieczony, zgodnie z zaleceniami lekarza, mógł wrócić lub zostać przetransportowany do Polski lub kraju zamieszkania albo kontynuował zaplanowaną podróż.

65. W przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego, które powoduje konieczność świadczeń medycznych z zakresu leczenia

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

stomatologicznego, pokryjemy koszty tych świadczeń medycznych do wysokości 1000 złotych.

66. W przypadku nagłego zachorowania Ubezpieczonego w postaci zaostrzenia objawów choroby przewlekłej pokryjemy koszty świadczeń medycznych z tym związanych do wysokości 200 000 złotych w pakietach Komfort, Plus i Ekstra, a w pakiecie Max do wysokości 1 000 000 złotych.

67. Zorganizujemy udzielenie świadczeń medycznych Ubezpieczonej także wtedy, gdy potrzeba realizacji powstała w wyniku nagłego zachorowania w związku z ciężką przebiegającą przed rozpoczęciem podróży bez powikłań, i pokryjemy ich koszty do wysokości sumy ubezpieczenia.

68. Zwrócimy koszty zakwaterowania i wyżywienia Ubezpieczonego, poniesione w czasie gdy Ubezpieczony był objęty kwarantanną w podróży zagranicznej do wysokości 5400 złotych, na podstawie dowodów poniesienia kosztów oraz obowiązku kwarantanny.

69. Jeżeli placówka medyczna udzielająca Ubezpieczonemu świadczeń medycznych tego wymaga, możemy potwierdzić objęcie ochroną ubezpieczeniową lub wpłacić zaliczkę do wysokości sumy ubezpieczenia, nie więcej niż wysokość maksymalnej wartości świadczenia medycznego udzielanego Ubezpieczonemu.

70. Obejmujemy ochroną zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce poza krajem zamieszkania Ubezpieczonego.

Co nie jest objęte ochroną

71. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie jedno lub kilka wyłączeń ogólnych.

72. Nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów świadczeń medycznych udzielanych Ubezpieczonemu, które powstały na skutek:

- 72.1. planowego leczenia,
- 72.2. zabiegów chirurgii plastycznej (kosmetycznej lub estetycznej),
- 72.3. szczepień,
- 72.4. eksperymentów medycznych (lecniczych lub badawczych) polegających na wprowadzeniu nowych lub tylko częściowo wypróbowanych, o niepotwierdzonej skuteczności lub bezpieczeństwie, metod

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia lub w celu rozszerzenia wiedzy medycznej, dotyczących osób zdrowych i chorych,

- 72.5. leczenia niepłodności albo przerwania ciąży – chyba że jest to konieczne do ratowania życia lub zdrowia Ubezpieczonej,
- 72.6. ciąży lub porodu, z zastrzeżeniem punktu 67,
- 72.7. wad wrodzonych Ubezpieczonego zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych wydanej przez Światową Organizację Zdrowia (obowiązującej na dzień zawarcia umowy) jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje,
- 72.8. przewlekłej opieki (gdy Ubezpieczony nie wymaga leczenia w warunkach szpitalnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebuje opieki pielęgniarskiej lub lekarskiej częściej niż raz w tygodniu co wynika z dokumentacji medycznej) oraz opieki paliatywnej,
- 72.9. pobytu w sanatoriach lub uzdrowiskach (niezależnie od celu pobytu),
- 72.10. rehabilitacji, w tym fizjoterapii chyba, że jest konieczna zgodnie z zaleceniami lekarskimi do ustabilizowania stanu zdrowia Ubezpieczonego na skutek nagłego zachorowania lub wypadku,
- 72.11. naprawy, wymiany, regulacji: aparatów słuchowych, protez, okularów i soczewek kontaktowych (w tym nie pokrywamy ani nie zwracamy kosztów odpowiadających równowartości tych przedmiotów podlegających wymianie czy nabyciu).

73. Nie pokrywamy kosztów świadczeń medycznych udzielanych Ubezpieczonemu przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego lub innym Ubezpieczonym.

74. Nie zorganizujemy ani nie pokrywamy kosztów świadczeń medycznych związanych z nagłym zachorowaniem Ubezpieczonego będącym skutkiem zaistniałego błędu medycznego, polegającego na zakażeniu Ubezpieczonego biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego; zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego, systemu i zestawu zabiegowego.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

75. Nie zorganizujemy ani nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych związanych z nagłym zachorowaniem Ubezpieczonego, z powodu ryzyka wystąpienia którego, przed rozpoczęciem podróży zagranicznej istniały zdrowotne przeciwwskazania do odbycia tej podróży (o których Ubezpieczony został poinformowany przez lekarza przed rozpoczęciem podróży zagranicznej).

76. Nie odpowiadamy za sposób realizacji świadczeń medycznych udzielanych Ubezpieczonemu, w tym przebieg leczenia i jego efekty, stawiane diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badania przez lekarza prowadzącego leczenie.

77. Nie zwrócimy kosztów zakwaterowania lub wyżywienia w przypadku kwarantanny (o których mowa w punkcie 68), jeżeli przed rozpoczęciem podróży zaistniały zdrowotne przeciwwskazania do odbycia przez Ubezpieczonego podróży związane z chorobą lub objawami choroby w związku z którą nałożono na Ubezpieczonego kwarantannę lub jeżeli leczenie zostało rozpoczęte przed podróżą lub przed podróżą istniała konieczność udzielenia świadczeń medycznych w związku z chorobą lub objawami choroby, w związku z którą nałożono na Ubezpieczonego kwarantannę (w tym poddania się leczeniu w warunkach szpitalnych), co wynikało z zaleceń lekarza.

Koszty leczenia w podróży po Polsce

Co jest objęte ochroną

78. Zorganizujemy udzielenie Ubezpieczonemu świadczeń medycznych lub usług wskazanych w punktach 81-83, co do których potrzeba realizacji powstała w wyniku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego w podróży po Polsce, także wtedy, gdy potrzeba realizacji powstała w wyniku nagłego zachorowania w związku z ciężką Ubezpieczonej przebiegającą przed rozpoczęciem podróży bez powikłań, i pokryjemy ich koszty do wysokości sumy ubezpieczenia lub określonych limitów.

79. Obejmujemy ochroną zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce na terytorium Polski lub na terytorium państwa bezpośrednio graniczącego z Polską, w pasie o szerokości 30 km od granicy Polski, z zastrzeżeniem punktów 81-83.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

80. Zakres ubezpieczenia obejmuje koszty świadczeń medycznych w zakresie poprawy stanu zdrowia, tak aby Ubezpieczony, zgodnie z zaleceniami lekarza, mógł wrócić lub zostać przetransportowany do miejsca zamieszkania albo kontynuował zaplanowaną podróż.

81. W przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego podczas podróży po Polsce (na terytorium Polski):

- 81.1. zorganizujemy świadczenie medyczne w postaci jednej konsultacji (wizyty) lekarskiej w miejscu pobytu Ubezpieczonego albo jednej konsultacji lekarskiej w placówce medycznej i pokryjemy koszty jednej z nich do limitu 500 złotych, lub
- 81.2. zorganizujemy świadczenie medyczne w postaci wizyt pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego i pokryjemy ich koszty do limitu 500 złotych, lub
- 81.3. zorganizujemy świadczenie medyczne w postaci dwóch konsultacji lekarskich w ramach telemedycyny i pokryjemy ich koszty, lub
- 81.4. zorganizujemy usługę w postaci dostarczenia leków lub środków opatrunkowych, zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie, do miejsca pobytu Ubezpieczonego, do wysokości limitu 100 złotych (koszt usługi dostarczenia) oraz pokryjemy ich koszty do wysokości limitu 150 złotych (koszt leków lub środków opatrunkowych), jeżeli lekarz prowadzący leczenie zalecił Ubezpieczonemu leżenie przez co najmniej 7 dni, lub
- 81.5. wypłacimy świadczenie za każdy rozpoczęty dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w związku z nagłym zachorowaniem lub wypadkiem w wysokości 50 złotych do łącznego limitu 500 złotych.

82. Jeżeli dojdzie do wypadku Ubezpieczonego podczas podróży po Polsce (na terytorium Polski), dodatkowo:

- 82.1. zorganizujemy usługę w postaci dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego, zaleconego Ubezpieczonemu przez lekarza prowadzącego leczenie, do miejsca pobytu Ubezpieczonego w Polsce, do limitu 200 złotych (koszt usługi dostarczenia) oraz pokryjemy koszty zakupu lub wypożyczenia takiego sprzętu rehabilitacyjnego do limitu 200 złotych (koszt sprzętu rehabilitacyjnego), lub
- 82.2. zorganizujemy świadczenie medyczne w postaci wizyt w poradni rehabilitacyjnej w miejscu pobytu Ubezpieczonego w Polsce lub w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, zaleconą przez lekarza prowadzącego leczenie, i pokryjemy jej koszty do limitu 500 złotych, lub

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 82.3. zorganizujemy usługę w postaci konsultacji psychologa w poradni psychologicznej w miejscu pobytu Ubezpieczonego w Polsce lub w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i pokryjemy koszty tej konsultacji do limitu 300 złotych, lub
- 82.4. zorganizujemy usługę w postaci pomocy domowej przez maksymalnie 5 kolejnych dni po zakończeniu hospitalizacji Ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem w podróży po Polsce, o ile hospitalizacja trwała dłużej niż 7 dni, i pokryjemy koszty tych usług do limitu 300 złotych łącznie; zakres pomocy domowej obejmuje: przygotowanie posiłków, robienie zakupów, pomoc w ubraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywanie drobnych prac porządkowych (odkurzanie, mycie podłóg, mycie naczyń, wyrzucanie śmieci); nie pokrywamy kosztów zakupionych artykułów w tym. żywności lub środków sprzątających.

83. Jeżeli do nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego w ramach Ubezpieczenia podróży po Polsce dojdzie na terytorium państwa bezpośrednio graniczącego z Polską, w pasie o szerokości 30 km od granicy Polski:

- 83.1. zorganizujemy świadczenie medyczne w postaci jednej konsultacji (wizyty) lekarskiej w miejscu pobytu Ubezpieczonego albo jednej konsultacji lekarskiej w placówce medycznej w miejscu pobytu Ubezpieczonego i pokryjemy koszty jednej z nich do limitu 500 złotych, lub
- 83.2. zorganizujemy świadczenie medyczne w postaci dwóch konsultacji lekarskich w ramach telemedycyny i pokryjemy ich koszty, lub
- 83.3. pokryjemy koszty świadczeń medycznych świadczonych Ubezpieczonemu w ramach pobytu w szpitalu na terenie kraju, w którym doszło do zdarzenia ubezpieczeniowego, lub
- 83.4. zwrócimy koszty zakupu leków, środków opatrunkowych oraz środków ortopedycznych zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie.

Co nie jest objęte ochroną

84. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie jedno lub kilka wyłączeń ogólnych.

85. Nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów świadczeń medycznych udzielanych Ubezpieczonemu, które powstały na skutek:

- 85.1. planowego leczenia,
- 85.2. zabiegów chirurgii plastycznej (kosmetycznej lub estetycznej),

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 85.3. szczepień,
- 85.4. eksperymentów medycznych (lecniczych lub badawczych), polegających na wprowadzeniu nowych lub tylko częściowo wypróbowanych, o niepotwierdzonej skuteczności lub bezpieczeństwie, metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia lub w celu rozszerzenia wiedzy medycznej, dotyczącym osób zdrowych i chorych,
- 85.5. leczenia niepłodności albo przerwania ciąży – chyba że jest konieczne do ratowania życia lub zdrowia Ubezpieczonej,
- 85.6. ciąży lub porodu, z zastrzeżeniem punktu 78,
- 85.7. wad wrodzonych Ubezpieczonego zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych wydanej przez Światową Organizację Zdrowia (obowiązującej na dzień zawarcia umowy) jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje,
- 85.8. przewlekłej opieki (gdy Ubezpieczony nie wymaga leczenia w warunkach szpitalnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebuje opieki pielęgniarskiej lub lekarskiej częściej niż raz w tygodniu, co wynika z dokumentacji medycznej) oraz opieki paliatywnej,
- 85.9. pobytu w sanatoriach lub uzdrowiskach (niezależnie od celu pobytu),
- 85.10. rehabilitacji, w tym fizjoterapii chyba, że jest konieczna, zgodnie z zaleceniami lekarskimi, do ustabilizowania stanu zdrowia Ubezpieczonego na skutek nagłego zachorowania lub wypadku,
- 85.11. naprawy, wymiany, regulacji: aparatów słuchowych, protez, okularów i soczewek kontaktowych (w tym nie pokrywamy ani nie zwracamy kosztów odpowiadających równowartości tych przedmiotów podlegających wymianie czy nabyciu).

86. Nie pokrywamy kosztów świadczeń medycznych udzielanych Ubezpieczonemu przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego lub innym Ubezpieczonym.

87. Nie zorganizujemy ani nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych związanych z nagłym zachorowaniem Ubezpieczonego będącym skutkiem zaistniałego błędu medycznego, polegającego na zakażeniu Ubezpieczonego biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy, jeżeli spowodowała ona

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego; zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego, systemu i zestawu zabiegowego.

88. Nie zorganizujemy ani nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych związanych z nagłym zachorowaniem Ubezpieczonego, z powodu ryzyka wystąpienia którego, przed rozpoczęciem podróży po Polsce istniały zdrowotne przeciwwskazania do odbycia tej podróży (o których Ubezpieczony został poinformowany przez lekarza przed rozpoczęciem podróży zagranicznej).

89. Nie odpowiadamy za sposób realizacji świadczeń medycznych udzielanych Ubezpieczonemu, w tym przebieg leczenia i jego efekty, stawiane diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badania przez lekarza prowadzącego leczenie.

Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej

Co jest objęte ochroną

90. Zorganizujemy transport Ubezpieczonego i pokryjemy jego koszty, jeżeli potrzeba transportu powstała w wyniku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego w podróży zagranicznej, także wtedy, gdy potrzeba transportu powstała w wyniku nagłego zachorowania Ubezpieczonej w związku z ciężką przebiegającą przed rozpoczęciem podróży bez powikłań:

- 90.1. z miejsca zdarzenia ubezpieczeniowego (miejsca wypadku lub miejsca, w którym przebywał Ubezpieczony w chwili wystąpienia objawów nagłego zachorowania) lub miejsca pobytu w podróży zagranicznej do placówki medycznej lub innego miejsca, w którym zorganizowaliśmy udzielenie świadczeń medycznych lub
- 90.2. z placówki medycznej lub innego miejsca, w którym zorganizowaliśmy udzielenie świadczeń medycznych do miejsca pobytu w podróży zagranicznej lub
- 90.3. pomiędzy placówkami medycznymi, jeżeli dana placówka medyczna nie udziela świadczeń medycznych dostosowanych, zgodnie

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, do procesu leczenia Ubezpieczonego lub

- 90.4. do wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca w Polsce lub kraju zamieszkania.

91. W przypadku z punktu 90 i jeżeli Ubezpieczony jest małoletni (nie ukończył 18 roku życia) zorganizujemy i pokryjemy dodatkowo koszty transportu rodzica albo innego opiekuna prawnego albo innego członka rodziny Ubezpieczonego, w takim zakresie w jakim dotyczyć to będzie Ubezpieczonego.

92. Zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego Ubezpieczonego w ramach ratownictwa medycznego (z wykorzystaniem specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego) z miejsca zdarzenia ubezpieczeniowego (miejsca wypadku lub miejsca, w którym przebywał Ubezpieczony w chwili wystąpienia objawów nagłego zachorowania) do placówki medycznej lub pomiędzy placówkami medycznymi w przypadku zaleceń takiego transportu przez lekarza.

93. Jeśli Ubezpieczony będzie hospitalizowany dłużej niż 72 godziny lub gdy jego stan, zgodnie z dokumentacją medyczną, będzie zagrażał życiu, zorganizujemy transport do miejsca pobytu Ubezpieczonego w podróży zagranicznej, jednej osoby bliskiej i pokryjemy jego koszty w klasie ekonomicznej w obie strony.

94. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub jego hospitalizacji dłuższej niż 24 godziny, jeżeli Ubezpieczonemu nie towarzyszy w podróży zagranicznej inny pełnoletni współuczestnik podróży:

- 94.1. zorganizujemy transport współuczestników podróży Ubezpieczonego, którzy nie ukończyli 18 roku życia lub wymagają stałej opieki Ubezpieczonego, z miejsca ich pobytu w podróży zagranicznej do wskazanego miejsca w Polsce lub w kraju zamieszkania tego współuczestnika podróży, i pokryjemy jego koszty w klasie ekonomicznej, albo
- 94.2. zorganizujemy transport osoby bliskiej, która zaopiekuje się współuczestnikami podróży Ubezpieczonego, którzy nie ukończyli 18 roku życia lub wymagają stałej opieki Ubezpieczonego, z miejsca pobytu tej osoby do miejsca pobytu w podróży zagranicznej tych współuczestników podróży i pokryjemy jego koszty w klasie ekonomicznej w obie strony.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

95. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w podróży zagranicznej zorganizujemy transport jego zwłok do miejsca pochówku w Polsce lub kraju zamieszkania Ubezpieczonego i pokryjemy jego koszty; pokryjemy koszt zakupu trumny przewozowej do limitu 10 000 złotych.

96. Pokryjemy koszty działań poszukiwawczych lub ratowniczych, przeprowadzonych przez wyspecjalizowane podmioty uprawnione do takich działań, jeżeli zostanie zgłoszone zaginięcie Ubezpieczonego w podróży zagranicznej jednostce policji lub służbom ratunkowym w kraju, w którym doszło do zdarzenia, do limitu 100 000 złotych.

Co nie jest objęte ochroną

97. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie jedno lub kilka wyłączeń ogólnych.

98. Nie pokryjemy kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego, o którym mowa w punkcie 92, w przypadku, gdy stan jego zdrowia, zgodnie z dokumentacją medyczną i zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, nie wymaga takiego transportu.

99. Nie zorganizujemy transportu ani nie pokryjemy jego kosztów, jeżeli transport Ubezpieczonego miałby się odbyć wbrew zaleceniom lekarskim.

100. Nie ponosimy odpowiedzialności i możemy nie zrealizować transportu, jeżeli potrzeba transportu z placówki medycznej (o których mowa w punktach 90.2.-90.4), wynika z braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie w ramach świadczeń medycznych udzielanych w związku z nagłym zachorowaniem lub wypadkiem w podróży zagranicznej.

101. Nie zorganizujemy transportu ani nie pokryjemy jego kosztów, jeżeli nagłe zachorowanie lub wypadek Ubezpieczonego, w związku z którym istnieje potrzeba transportu, które powstały na skutek:

- 101.1. eksperymentu medycznego (lecniczego lub badawczego), polegającego na wprowadzeniu nowych lub tylko częściowo wypróbowanych, o niepotwierdzonej skuteczności lub bezpieczeństwie, metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia lub w celu rozszerzenia wiedzy medycznej, dotyczącego osób zdrowych i chorych,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 101.2. leczenia niepłodności albo przerwania ciąży – chyba że jest to konieczne do ratowania życia lub zdrowia Ubezpieczonej,
- 101.3. ciąży lub porodu, z zastrzeżeniem punktu 90,
- 101.4. wad wrodzonych Ubezpieczonego zakwalifikowanymi w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych wydanej przez Światową Organizację Zdrowia (obowiązującej na dzień zawarcia umowy) jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje.

Ratownictwo i transport w podróży po Polsce

Co jest objęte ochroną

102. Zorganizujemy transport Ubezpieczonego i pokryjemy jego koszty jeżeli potrzeba transportu powstała w wyniku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego w podróży na terenie Polski:

- 102.1. z miejsca zdarzenia ubezpieczeniowego (miejsca wypadku lub miejsca, w którym przebywał Ubezpieczony w chwili wystąpienia objawów nagłego zachorowania) lub miejsca pobytu w podróży do placówki medycznej lub innego miejsca, w którym zorganizowaliśmy udzielenie świadczeń medycznych, lub
- 102.2. z placówki medycznej lub innego miejsca w którym zorganizowaliśmy udzielenie świadczeń do miejsca pobytu w podróży po Polsce, lub
- 102.3. pomiędzy placówkami medycznymi, jeżeli dana placówka medyczna nie udziela świadczeń medycznych dostosowanych, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, do procesu leczenia Ubezpieczonego.

103. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego (wypadku lub wystąpienia objawów nagłego zachorowania) w ramach Ubezpieczenia w podróży po Polsce dojdzie na terytorium państwa bezpośrednio graniczącego z Polską, w pasie o szerokości 30 km od granicy Polski, zorganizujemy transport Ubezpieczonego i pokryjemy jego koszty:

- 103.1. z miejsca zdarzenia ubezpieczeniowego (miejsca wypadku lub miejsca, w którym przebywał Ubezpieczony w chwili wystąpienia objawów nagłego zachorowania) lub miejsca pobytu w podróży do placówki medycznej lub innego miejsca, w którym zorganizowaliśmy udzielenie świadczeń medycznych, lub

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 103.2. z placówki medycznej lub innego miejsca, w którym zorganizowaliśmy udzielenie świadczeń medycznych do miejsca pobytu w podróży po Polsce, lub
- 103.3. pomiędzy placówkami medycznymi, jeżeli dana placówka medyczna nie udziela świadczeń medycznych dostosowanych, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, do procesu leczenia Ubezpieczonego, lub
- 103.4. do wskazanego miejsca na terytorium Polski jeżeli, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, stan zdrowia Ubezpieczonego uniemożliwia skorzystanie przez niego z uprzednio zaplanowanego przez niego środka transportu powrotnego na terytorium Polski.

104. Zorganizujemy transport Ubezpieczonej także wtedy, gdy potrzeba transportu powstała w wyniku nagłego zachorowania w związku z ciężką przebiegającą przed rozpoczęciem podróży bez powiktań, i pokryjemy jego koszty.

105. W przypadku z punktów 102-104 jeżeli Ubezpieczony jest małoletni (nie ukończył 18 roku życia) zorganizujemy i pokryjemy dodatkowo koszty transportu rodzica albo innego opiekuna prawnego bądź innego członka rodziny Ubezpieczonego, w takim zakresie w jakim dotyczyć to będzie Ubezpieczonego.

106. Zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego Ubezpieczonego w ramach ratownictwa medycznego (z wykorzystaniem specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego) z miejsca zdarzenia ubezpieczeniowego (miejsca wypadku lub miejsca, w którym przebywał Ubezpieczony w chwili wystąpienia objawów nagłego zachorowania) w podróży po Polsce do placówki medycznej lub pomiędzy placówkami medycznymi w przypadku zaleceń takiego transportu przez lekarza.

107. W przypadku śmierci Ubezpieczonego zorganizujemy transport jego zwłok do miejsca pochówku w Polsce i pokryjemy jego koszty; pokryjemy koszt zakupu trumny przewozowej do limitu 10 000 złotych.

108. Pokryjemy koszty działań poszukiwawczych lub ratowniczych przeprowadzonych przez wyspecjalizowane podmioty uprawnione do takich działań, jeżeli zostanie zgłoszone zaginięcie Ubezpieczonego w podróży po Polsce jednostce policji lub służbom ratunkowym w kraju, w którym doszło do zdarzenia w podróży po Polsce do limitu 25 000 złotych.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Co nie jest objęte ochroną

109. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie jedno lub kilka wyłączeń ogólnych.

110. Nie pokryjemy kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego, o którym mowa w punkcie 106, w przypadku, gdy stan jego zdrowia, zgodnie z dokumentacją medyczną i zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, nie wymaga takiego transportu.

111. Nie zorganizujemy transportu ani nie pokryjemy jego kosztów, jeżeli transport Ubezpieczonego miałby się odbyć wbrew zaleceniom lekarskim.

112. Nie ponosimy odpowiedzialności i możemy nie zrealizować transportu, jeżeli potrzeba transportu z placówki medycznej (o których mowa w punktach 102.2.-102.3.), wynika z braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie w ramach świadczeń medycznych udzielanych w związku z nagłym zachorowaniem lub wypadkiem w podróży po Polsce.

113. Nie zorganizujemy transportu ani nie pokryjemy jego kosztów, jeżeli nagłe zachorowanie lub wypadek Ubezpieczonego, w związku z którym istnieje potrzeba transportu powstały na skutek:

- 113.1. eksperymentu medycznego (lecniczego lub badawczego), polegającego na wprowadzeniu nowych lub tylko częściowo wypróbowanych, o niepotwierdzonej skuteczności lub bezpieczeństwie, metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia lub w celu rozszerzenia wiedzy medycznej, dotyczącego osób zdrowych i chorych,
- 113.2. leczenia niepłodności albo przerwania ciąży – chyba że jest to konieczne do ratowania życia lub zdrowia Ubezpieczonej,
- 113.3. ciąży lub porodu, z zastrzeżeniem punktu 104,
- 113.4. wad wrodzonych Ubezpieczonego zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych wydanej przez Światową Organizację Zdrowia (obowiązującej na dzień zawarcia umowy) jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje.

Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW)

(w podróży zagranicznej oraz w podróży po Polsce)

Co jest objęte ochroną

114. Ochroną obejmujemy skutki wypadku Ubezpieczonego w postaci:

- 114.1. uszczerbku na zdrowiu określonego w Załączniku nr 1 Tabeli norm oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu, powstałego w wyniku wypadku,
- 114.2. śmierci w wyniku wypadku.

115. Jeżeli skutkiem wypadku Ubezpieczonego będzie uszczerbek na zdrowiu wskazany w Tabeli norm oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu, powstały w wyniku wypadku – wypłacimy mu świadczenie w takim procencie sumy ubezpieczenia (wynikającej z umowy), jaki jest wskazany w tej tabeli.

116. Jeden procent uszczerbku na zdrowiu odpowiada 1% sumy ubezpieczenia dla ubezpieczenia Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW).

117. Jeżeli w wyniku wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopnie uszczerbków na zdrowiu sumują się – maksymalnie do wartości 100%.

118. Nie sumujemy uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku w postaci złamania i utraty tej samej kończyny oraz uszkodzenia a następnie utraty danego narządu lub organu. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest wówczas do tego z doznanych uszczerbków na zdrowiu Ubezpieczonego, któremu zgodnie z Tabelą norm oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu, przypisana jest najwyższa wartość procentowa.

119. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalamy w oparciu o dokumentację medyczną.

120. Stopień i rodzaj ustalonego uszczerbku na zdrowiu dotyczy wyłącznie skutków wypadku Ubezpieczonego. Przy ustalaniu stopnia uszczerbku na zdrowiu nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy wykonywanej przez Ubezpieczonego.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

121. Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku obejmuje również śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca albo udaru mózgu.

122. Jeżeli w wyniku wypadku dojdzie do śmierci Ubezpieczonego w ciągu 12 miesięcy od daty wypadku, wypłacimy świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.

Co nie jest objęte ochroną

123. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie jedno lub kilka wyłączeń ogólnych.

124. Nie obejmujemy ochroną skutków wypadku, które nie są ujęte w Załączniku nr 1 Tabeli norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu, w tym w postaci pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic.

125. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeżeli uszczerbek na zdrowiu lub śmierć powstały wskutek:

- 125.1. eksperymentu medycznego (lecniczego lub badawczego), polegającego na wprowadzeniu nowych lub tylko częściowo wypróbowanych, o niepotwierdzonej skuteczności lub bezpieczeństwie, metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia lub w celu rozszerzenia wiedzy medycznej, dotyczącego osób zdrowych i chorych,
- 125.2. leczenia niepłodności albo przerwania ciąży – chyba że jest to konieczne do ratowania życia lub zdrowia Ubezpieczonej,
- 125.3. ciąży lub porodu,
- 125.4. wad wrodzonych Ubezpieczonego zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych wydanej przez Światową Organizację Zdrowia (obowiązującej na dzień zawarcia umowy) jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje.

OC w życiu prywatnym

(w podróży zagranicznej oraz w podróży po Polsce)

Co jest objęte ochroną

126. Obejmujemy ochroną odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego w zakresie czynności życia prywatnego, powstałą w następstwie czynu niedozwolonego.

127. Odpowiadamy za szkody rzeczowe lub osobowe wyrządzone nie-umyślnie własnym działaniem lub zaniechaniem Ubezpieczonego oraz mieniem posiadanym i użytkowanym przez niego dla własnych potrzeb.

128. Odpowiadamy tylko za szkody wyrządzone nieumyślnie, również na skutek rażącego niedbalstwa.

129. Obejmujemy ochroną tylko szkody, które Ubezpieczony lub dzieci lub zwierzęta podróżujące z Ubezpieczonym (za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność), wyrządzili osobom trzecim w trakcie trwania podróży, w związku z wykonywaniem czynności życia prywatnego.

130. Obejmujemy ochroną wszystkie szkody seryjne, czyli wszystkie szkody, które są następstwem tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego (zaistniałego w okresie ochrony ubezpieczeniowej), niezależnie od daty ich powstania oraz liczby osób poszkodowanych. Szkody takie będziemy traktować jako jedną szkodę.

131. Do wysokości sumy gwarancyjnej pokryjemy:

- 131.1. odszkodowania, które Ubezpieczony ma obowiązek zapłacić poszkodowanym osobom trzecim na podstawie przepisów prawa,
- 131.2. koszty postępowania sądowego cywilnego (w wysokości przewidzianej przez przepisy prawa: koszty sądowe oraz koszty opłat za czynności radców prawnych lub adwokatów według stawek minimalnych) prowadzonego dla ochrony interesów Ubezpieczonego, prowadzonego za naszą wiedzą lub zgodą,
- 131.3. koszty postępowania karnego tj. koszty opłat za czynności radców prawnych lub adwokatów (według stawek minimalnych przewidzianych przez przepisy prawa) w związku ze zdarzeniem, które powoduje odpowiedzialność Ubezpieczonego,
- 131.4. koszty działań podjętych przez Ubezpieczonego po zdarzeniu ubezpieczeniowym w celu zmniejszenia rozmiaru szkody.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Co nie jest objęte ochroną

132. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie jedno lub kilka wyłączeń ogólnych.

133. Nie obejmujemy ochroną szkód:

- 133.1. spowodowanych umyślnym działaniem Twoim lub Ubezpieczonego, na rachunek którego zawarłeś umowę,
- 133.2. spowodowanych umyślnie przez osobę, z którą Ty lub Ubezpieczony, na rachunek którego zawarłeś umowę, pozostajecie we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 133.3. za które odpowiedzialność objęta jest obowiązkowymi ubezpieczeniami odpowiedzialności cywilnej, do zawarcia których Ubezpieczony jest zobligowany przepisami prawa, w tym przepisami obowiązującymi na terytorium kraju podróży, z wyłączeniem szkód powstałych w wyniku uprawiania narciarstwa, snowboardu lub saneczkarstwa,
- 133.4. powstałych w środowisku naturalnym,
- 133.5. powstałych w mieniu ruchomym, z którego Ubezpieczony korzystał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innej umowy odpłatnej (nie dotyczy miejsca zakwaterowania innego niż jachty, kampery i przyczepy kempingowe),
- 133.6. stanowiących utracone korzyści,
- 133.7. polegających na naruszeniu praw własności intelektualnej,
- 133.8. powstałych w wartościach pieniężnych, za które uważa się krajowe i zagraniczne znaki pieniężne oraz wyroby ze złota, srebra, kamieni szlachetnych i peret, a także platyny i pozostałych metali z grupy platynowców oraz monety złote i srebrne,
- 133.9. powstałych w dokumentach lub zbiorach informacji – niezależnie od rodzaju nośnika, zbiorach archiwalnych, filatelistycznych, numizmatycznych, dziełach sztuki i antykach.

134. Nie obejmujemy ochroną szkód, powstałych wskutek:

- 134.1. posiadania, kierowania, używania, uruchamiania pojazdów lub statków powietrznych,
- 134.2. przeniesienia przez Ubezpieczonego choroby, w tym również choroby w związku z którą ogłoszono epidemię lub pandemię, w tym COVID-19,
- 134.3. posiadania lub używania przez Ubezpieczonego broni palnej, w tym powstałych podczas polowań,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 134.4. uprawiania przez Ubezpieczonego szybownictwa, baloniarstwa, spadochroniarstwa, lotniarstwa, paralotniarstwa lub motolotniarstwa.

135. Nie pokrywamy roszczeń z tytułu odpowiedzialności cywilnej, które powstały pomiędzy:

- 135.1. Ubezpieczonymi w ramach jednej umowy Ubezpieczenia w podróży,
- 135.2. Ubezpieczonym lub Ubezpieczonymi a osobami prowadzącymi wspólnie z danym Ubezpieczonym lub Ubezpieczonymi gospodarstwo domowe lub będących członkami ich rodziny,
- 135.3. Ubezpieczonym lub Ubezpieczonymi a osobą lub podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, jeżeli osoba objęta ochroną ubezpieczeniową prowadzi lub współprowadzi tę działalność gospodarczą, jest udziałowcem lub akcjonariuszem danego podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą.

136. Nie obejmujemy ochroną kar umownych, grzywien sądowych i administracyjnych, świadczeń pieniężnych lub nawiązek nakładanych w postępowaniu karnym oraz innych kar pieniężnych nakładanych w ramach postępowania karnego lub administracyjnego.

Bagaż podróżny

(w podróży zagranicznej oraz w podróży po Polsce)

Co jest objęte ochroną

137. Obejmujemy ochroną szkody powstałe w podróży w bagażu podróżnym w postaci jego uszkodzenia, zniszczenia, utraty lub kradzieży, do wysokości sumy ubezpieczenia.

138. Obejmujemy ochroną bagaż podróżny Ubezpieczonego, który:

- 138.1. pozostawał pod bezpośrednią opieką Ubezpieczonego, lub
- 138.2. został powierzony przewoźnikowi na podstawie dokumentu przewozowego, lub
- 138.3. został oddany do przechowalni bagażu za pokwitowaniem, lub
- 138.4. został zamknięty w zamykanym na zamek pomieszczeniu, skrytce bagażowej, luku bagażowym środka transportu, bagażniku samochodu należących lub wykorzystywanych w podróży przez Ubezpieczonego, lub
- 138.5. został zamknięty w zamykanej na zamek przyczepie campingowej, kamperze lub jednostce pływającej należących lub wykorzystywanych w podróży przez Ubezpieczonego.

139. Odszkodowanie z tytułu szkód, o których mowa w punkcie 137, ustalimy:

- 139.1. w przypadku uszkodzenia bagażu podróżnego – na podstawie dowodów poniesienia kosztów naprawy, a w przypadku ich braku – według średnich cen napraw zakładów usługowych świadczących usługi naprawy rzeczy tego samego rodzaju i gatunku co uszkodzony bagaż podróżny, w Polsce, stosownie do zakresu szkody,
- 139.2. w przypadku zniszczenia, utraty lub kradzieży bagażu podróżnego – na podstawie dowodów poniesienia kosztów zakupu bagażu podróżnego, a w przypadku ich braku – według średniej wartości rzeczy tego samego lub podobnego rodzaju i gatunku, o tych samych właściwościach użytkowych, co bagaż podróżny, ustalonej na podstawie rynkowych cen detalicznych występujących w Polsce w dniu powstania szkody.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

140. W przypadku opóźnienia dostarczenia bagażu podróznego

- 140.1. wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie na pokrycie kosztów związanych z opóźnieniem dostarczenia bagażu w kwocie 150 złotych w pakiecie Komfort dla strefy B i C albo w kwocie 300 złotych w pakiecie Plus, Ekstra, Max (niezależnie od strefy geograficznej). Przez opóźnienie dostarczenia bagażu podróznego rozumiemy, udokumentowane opóźnienie dostarczenia go przez przewoźnika (lub inny podmiot działający na jego zlecenie) do miejsca i o czasie uzgodnionym z przewoźnikiem, o co najmniej 6 godzin

albo

- 140.2. zwrócimy Ubezpieczonemu koszty jakie poniósł na zakup przedmiotów pierwszej potrzeby w podróży, nabytych do czasu dostarczenia bagażu podróznego przez przewoźnika, do umówionego z nim miejsca, na podstawie dowodów ich poniesienia do wysokości limitu określonego w punkcie 55 dla podróży zagranicznej oraz punkcie 61 dla podróży po Polsce (w pakiecie Komfort dla strefy B i C oraz w pakiecie Plus, Ekstra, Max niezależnie od strefy geograficznej).

141. Odpowiedzialność z tytułu opóźnienia dostarczenia bagażu podróznego dotyczy wyłącznie podróży Ubezpieczonego do miejsca zaplanowanego jako cel lub jeden z celów podróży; nie dotyczy podróży powrotnej do Polski lub kraju zamieszkania.

Co nie jest objęte ochroną

142. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie jedno lub kilka wyłączeń ogólnych.

143. Zakres ochrony nie obejmuje utraty, kradzieży lub opóźnienia dostarczenia zwierząt, w tym ich szczątków.

144. Zakres ochrony nie obejmuje uszkodzenia, zniszczenia, utraty, kradzieży lub opóźnienia dostarczenia bagażu podróznego w postaci:

- 144.1. pojazdów oraz motoroweru, roweru, wózka rowerowego, hulaj-nogi elektrycznej, ciągników rolniczych, statków powietrznych, statków wodnych,
- 144.2. sprzętu sportowego (sprzęt sportowy może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowego ubezpieczenia Dla aktywnych sportowo),
- 144.3. aparatów słuchowych, okularów korekcyjnych i soczewek kontaktowych,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 144.4. protez stomatologicznych, protez ortopedycznych i aparatów ortopedycznych,
- 144.5. lekarstw, materiałów opatrunkowych oraz wyrobów medycznych (z wyjątkiem wózków inwalidzkich, balkoników, chodzików, kul),
- 144.6. artykułów łatwo psujących się, tj. których termin ważności spożycia upływa w trakcie podróży albo które wymagają przechowywania w temperaturze poniżej 5 stopni Celsjusza,
- 144.7. biletów, paszportów, dowodów osobistych, dokumentów potwierdzających uprawnienia do prowadzenia pojazdów silnikowych na drogach publicznych, aktów notarialnych, pieczętek,
- 144.8. pieniędzy (niezależnie od waluty), kart kredytowych, złota innego niż biżuteria, kluczy, papierów wartościowych w postaci papierowej, czeków podróżnych w postaci papierowej, dokumentów umów w postaci papierowej, wydruków oraz kserokopii wydruków jako nośników danych niezależnie od rodzaju tych danych lub informacji,
- 144.9. dywanów,
- 144.10. antyków i dzieł sztuki,
- 144.11. przedmiotów wykonanych ze szkła, kryształu, porcelany, ceramiki,
- 144.12. broni palnej, białej, ochronnej, amunicji,
- 144.13. nośników danych elektronicznych, w tym samych danych elektronicznych,
- 144.14. mienia, które nie jest własnością Ubezpieczonego lub pracodawcy Ubezpieczonego, chyba że znajdują się w jego posiadaniu przekazane przez osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, na podstawie pisemnej lub potwierdzonej innymi dokumentami umowy najmu lub użyczenia.

145. Nie obejmujemy ochroną szkód powstałych wskutek pozostawienia bagażu podróжного:

- 145.1. w namiocie,
- 145.2. w przyczepie samochodowej,
- 145.3. w otwartym samochodzie (nie zamkniętym na zamek).

146. Nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej w sytuacji uszkodzenia lub zniszczenia bagażu podróжного przez Ubezpieczonego, współuczestnika podróży lub członka rodziny Ubezpieczonego.

Assistance

(w podróży zagranicznej oraz w podróży po Polsce)

Co jest objęte ochroną

147. W przypadku, gdy w podróży Ubezpieczony w wyniku nagłego zachorowania lub wypadku potrzebuje wsparcia w zakresie:

- 147.1. znalezienia placówki medycznej lub lekarza – udzielimy informacji dotyczących ich danych adresowych i kontaktowych w miejscu pobytu lub kraju pobytu Ubezpieczonego w podróży,
- 147.2. przekazania Ubezpieczonemu informacji w języku polskim na temat świadczeń medycznych proponowanych lub stosowanych w ramach hospitalizacji Ubezpieczonego w podróży – personel medyczny Centrum Operacyjnego w następstwie kontaktu z Ubezpieczonym lub lekarzem prowadzącym leczenie, za zgodą przekaże takie informacje,
- 147.3. przekazania na polecenie Ubezpieczonego członkowi jego rodziny lub lekarzowi wskazanemu przez Ubezpieczonego, informacji o hospitalizacji lub stanie zdrowia Ubezpieczonego – prześlemy takie informacje tym osobom za zgodą Ubezpieczonego,
- 147.4. informacji o działaniu leków, ich skutkach ubocznych, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży, interakcjach z innymi lekami, informacji jak należy przygotować się do zabiegów lub badań medycznych – personel medyczny Centrum Operacyjnego udzieli informacji w tym zakresie,
- 147.5. pomocy w przypadku zgubienia, kradzieży lub zniszczenia dokumentów niezbędnych w podróży – udzielimy informacji dotyczących danych adresowych i kontaktowych placówek, w których można uzyskać dokumenty zastępcze w miejscu pobytu lub kraju pobytu Ubezpieczonego w podróży,
- 147.6. usług tłumacza – udzielimy informacji dotyczących danych adresowych i kontaktowych osoby wykonującej w ramach prowadzonej działalności gospodarczej tłumaczenia tekstów z języka lub na język wskazany przez Ubezpieczonego, w miejscu pobytu lub kraju pobytu Ubezpieczonego w podróży,
- 147.7. otrzymania pomocy pieniężnej – pomożemy w zorganizowaniu przekazów pieniężnych Ubezpieczonemu przez osoby bliskie Ubezpieczonego poprzez wskazanie im adresów stron internetowych usługodawców świadczących usługi wykonywania przekazów pieniężnych,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 147.8. pomocy prawnej – udzielimy informacji dotyczących danych adresowych i kontaktowych prawników, w tym adwokatów lub radców prawnych, udzielających w ramach prowadzonej działalności gospodarczej porad prawnych w miejscu pobytu lub kraju pobytu Ubezpieczonego w podróży,
- 147.9. kontaktu z rodziną lub osobami bliskimi – pomożemy w dostarczeniu wiadomości wskazanej przez Ubezpieczonego osobie (i w zakresie przez niego wskazanym) poprzez nawiązanie z nią kontaktu drogą telefoniczną lub elektroniczną.

148. W przypadku, gdy w kraju, w którym przebywa Ubezpieczony w podróży, doszło do aktu terroru lub działań wojennych (zaistniałych po raz pierwszy po dniu rozpoczęcia podróży), udzielimy informacji o aktualnych działaniach i komunikatach wydawanych przez uprawnione organy administracji państwowej (np. Prezydent, Premier, Ministerstwo Spraw Zagranicznych), możliwości i sposobach ewakuacji Ubezpieczonego (opuszczenia zagrożonego obszaru), pomożemy w dostarczeniu wiadomości wskazanej przez Ubezpieczonego osobie przebywającej na terenie Polski, poprzez nawiązanie z nią kontaktu drogą telefoniczną lub elektroniczną.

Co nie jest objęte ochroną

149. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie jedno lub kilka wyłączeń ogólnych.

150. Zakres ochrony nie obejmuje pokrycia kosztów przedmiotów usług Assistance, wymienionych w punkcie 147, tj. nie ponosimy ani nie zwracamy:

- 150.1. kosztów konsultacji lekarskiej, chyba że nasza odpowiedzialność wynika z Ubezpieczenia Koszty leczenia w podróży zagranicznej lub Koszty leczenia w podróży po Polsce,
- 150.2. kosztów hospitalizacji, chyba że nasza odpowiedzialność wynika z Ubezpieczenia Koszty leczenia w podróży zagranicznej lub Koszty leczenia w podróży po Polsce,
- 150.3. kosztów leków, środków opatrunkowych lub świadczeń medycznych, chyba że nasza odpowiedzialność wynika z Ubezpieczenia Koszty leczenia w podróży zagranicznej lub Koszty leczenia w podróży po Polsce,
- 150.4. kosztów uzyskania dokumentów zastępczych dla dokumentów wskazanych w punkcie 147.5,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 150.5. kosztu usługi tłumacza,
- 150.6. równowartości przekazanych Ubezpieczonemu środków pieniężnych,
- 150.7. kosztu usługi prawnika.

Dodatkowe ubezpieczenia:

Gdy już wybierzesz pakiet ubezpieczenia, możesz w ramach umowy Ubezpieczenia w podróży rozszerzyć go o wybrane ubezpieczenia, które opisujemy poniżej. Rozszerzenie ubezpieczenia o dodatkowy zakres wymaga opłacenia dodatkowej składki.

Wypożyczony samochód – zniesienie udziału własnego (w podróży zagranicznej oraz w podróży po Polsce)

Co jest objęte ochroną

151. Zwrócimy koszty udziału własnego Ubezpieczonego w szkodzie w jednym wypożyczonym samochodzie, jeżeli dojdzie do kradzieży lub uszkodzenia wypożyczonego samochodu w wyniku wypadku lub kolizji, do wysokości sumy ubezpieczenia.

152. Zakresem ochrony obejmujemy równowartość udziału własnego, pokrytego przez Ubezpieczonego w związku ze szkodą w wypożyczonym samochodzie, na podstawie umowy najmu tego samochodu (wypożyczenia) zawartej pisemnie lub potwierdzonej innymi dokumentami pomiędzy Ubezpieczonym a podmiotem świadczącym usługi wypożyczania samochodów.

Co nie jest objęte ochroną

153. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie jedno lub kilka wyłączeń ogólnych.

154. Zakres ochrony nie obejmuje innych niż udział własny zobowiązań Ubezpieczonego związanych z wypożyczonym samochodem względem podmiotu oddającego w najem wypożyczony samochód.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

155. Nie obejmujemy ochroną zobowiązań Ubezpieczonego związanych z wypożyczonym samochodem i powstałych wskutek:

- 155.1. braku uprawnień Ubezpieczonego do prowadzenia wypożyczonego samochodu,
- 155.2. użytkowania wypożyczonego samochodu niezgodnie z jego przeznaczeniem,
- 155.3. awarii mechanicznej lub zwykłego zużycia (naturalnego zużycia, utraty wartości z upływem czasu, pogarszania się właściwości użytkowych, zabrudzenia, odbarwienia).

156. Nie pokrywamy kosztów udziału własnego w przypadku:

- 156.1. wypożyczonych samochodów używanych na zasadzie współużytkowania, tzw. carsharing,
- 156.2. replik pojazdów (kit-car), pojazdów terenowych innych niż samochody osobowe, pojazdów specjalnych lub limuzyn,
- 156.3. wypożyczonych samochodów starszych niż 10 lat,
- 156.4. wypożyczonych samochodów, które nie są dopuszczone do ruchu publicznego zgodnie z przepisami prawa w kraju, w którym są użytkowane,
- 156.5. wypożyczonych samochodów na cele związane z prowadzoną działalnością gospodarczą, służbową, lub w celu dalszego wynajmu,
- 156.6. wypożyczonych samochodów, których cena detaliczna wynosi ponad 75 000 euro.

Przerwanie lub opóźnienie podróży

Co jest objęte ochroną

157. W przypadku przerwania lub opóźnienia podróży Ubezpieczonego pokryjemy, do wysokości sumy ubezpieczenia, dotyczące Ubezpieczonego koszty organizacji podróży, przez które rozumiemy koszty usług turystycznych, które poniósł Ubezpieczony z tytułu umów o świadczenie usług turystycznych (zawartych do dnia rozpoczęcia podróży), lub koszty zmiany rezerwacji tych usług turystycznych, które nie zostaną zrealizowane w związku z przerwaniem lub opóźnieniem podróży lub koszty dodatkowe, o których mowa w punkcie 158.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

158. Dodatkowo:

- 158.1. pokryjemy związane z przerwaniem lub opóźnieniem podróży koszty transportu, jakie poniósł Ubezpieczony w celu wcześniejszego powrotu do Polski lub kraju zamieszkania albo w celu kontynuowania podróży po jej opóźnieniu, w tym koszty zakupu u przewoźnika biletu w klasie ekonomicznej lub koszty zmiany terminu usługi transportu (rezerwacji biletu),
- 158.2. zrealizujemy na rzecz Ubezpieczonego:
 - 158.2.1. wypłatę Ubezpieczonemu świadczenia w kwocie 300 złotych dziennie na pokrycie kosztów związanych z przerwaniem lub opóźnieniem podróży, maksymalnie za 5 dni (każdy rozpoczęty dzień, łącznie za tyle dni ile trwało opóźnienie w podróży w przypadku jej opóźnienia lub czas oczekiwania na powrót do miejsca zamieszkania w przypadku jej przerwania),
albo
 - 158.2.2. pokrycie kosztów dodatkowego zakwaterowania, wyżywienia i transportu lokalnego związanych z przerwaniem lub opóźnieniem podróży, jakie poniósł Ubezpieczony w związku z koniecznością dłuższego niż zaplanowany, pozostania w miejscu pobytu w podróży w celu oczekiwania na transport do Polski lub kraju zamieszkania lub kontynuowania podróży po jej opóźnieniu, do wysokości tęcznego limitu 600 złotych dziennie, maksymalnie za 5 dni (każdy rozpoczęty dzień, łącznie za tyle dni ile trwało opóźnienie w podróży w przypadku jej opóźnienia lub czas oczekiwania na powrót do miejsca zamieszkania w przypadku jej przerwania);
- 158.3. pokryjemy związane z przerwaniem lub opóźnieniem podróży dodatkowe koszty zakwaterowania (wynikające z współdzielenia miejsca zamieszkania z innymi współuczestnikami podróży), które musiał ponieść Ubezpieczony, jeśli zapłacił z góry za wspólne zakwaterowanie, a jego współuczestnik podróży musiał przerwać podróż.

159. Zakresem ochrony obejmujemy zdarzenia powstałe wskutek:

- 159.1. przerwania podróży (przez przerwanie rozumiemy zakończenie podróży przed zaplanowanym terminem z jednej lub kilku przyczyn wskazanych w punkcie 160 i powrót do Polski lub kraju zamieszkania),
lub
- 159.2. opóźnienia podróży (przez opóźnienie rozumiemy przerwę w podróży z jednej lub kilku przyczyn wskazanych w punkcie 161, po której nastąpi kontynuowanie podróży).

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

160. Pokryjemy koszty przerwania podróży, gdy do przerwania podróży dojdzie z jednej lub kilku następujących przyczyn powstałych po jej rozpoczęciu:

- 160.1. nagłe zachorowanie lub wypadek Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, które zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, uniemożliwiają kontynuowanie podróży któremukolwiek z nich,
- 160.2. nagłe zachorowanie lub wypadek członka rodziny Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, które powoduje hospitalizację członka rodziny Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży lub, zgodnie z dokumentacją medyczną, stanowi stan zagrożenia życia któregokolwiek z nich,
- 160.3. śmierć współuczestnika podróży, śmierć członka rodziny Ubezpieczonego lub śmierć członka rodziny współuczestnika podróży, śmierć psa asystującego Ubezpieczonemu lub współuczestnikowi podróży,
- 160.4. kwarantanna Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży,
- 160.5. wypadek drogowy, kolizja lub awaria pojazdu, który posiada Ubezpieczony lub współuczestnik podróży i którym podróżował Ubezpieczony, których skutkiem jest unieruchomienie pojazdu, jeżeli pojazd był wykorzystywany jako środek transportu w podróży,
- 160.6. kradzież pojazdu, którym podróżował Ubezpieczony lub współuczestnik podróży, jeżeli pojazd był wykorzystywany przez nich jako środek transportu w podróży,
- 160.7. brak zgody przewoźnika na wejście Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży do środka transportu, ze względu na podejrzenie choroby zakaźnej, w tym Covid-19,
- 160.8. opóźnienie ze strony przewoźnika o co najmniej 24 godziny od zaplanowanego czasu rozpoczęcia lub zakończenia transportu Ubezpieczonego w podróży, które jest skutkiem klęski żywiołowej, warunków pogodowych, zamknięcia ruchu lotniczego lub kolejowego, którego miał dotyczyć transport,
- 160.9. obowiązek osobistego stawiennictwa przed sądem Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, jeżeli któryś z nich jest stroną lub przedstawicielem ustawowym strony albo świadkiem w ramach sądowego postępowania cywilnego lub karnego (nie dotyczy pełnomocników stron), o ile nie mieli wiedzy o obowiązku takiego stawiennictwa przed rozpoczęciem podróży,
- 160.10. oddelegowanie Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży przez pracodawcę, w przypadku katastrofy lub klęski żywiołowej, do dyspozycji organu kierującego działaniami prowadzonymi w celu

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

zapobieżenia skutkom klęski żywiołowej lub ich usunięcia, na czas obejmujący część podróży,

- 160.11. powołanie Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, członka rodziny Ubezpieczonego lub członka rodziny współuczestnika podróży niebędących żołnierzami do obowiązkowej służby wojskowej, na czas obejmujący część podróży,
- 160.12. zdarzenie losowe: pożar, kradzież z włamaniem, powódź, eksplozja, obsunięcie się ziemi, tąpnięcie, lawina, huragan, zalanie lub zagrożenie katastrofą budowlaną w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży,
- 160.13. klęska żywiołowa w miejscu przebywania Ubezpieczonego w podróży,
- 160.14. zamieszki społeczne w miejscu przebywania Ubezpieczonego w podróży.

161. Pokryjemy koszty opóźnienia podróży, gdy do opóźnienia podróży dojdzie z jednej lub kilku następujących przyczyn powstałych po jej rozpoczęciu:

- 161.1. nagłe zachorowanie lub wypadek Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży,
- 161.2. wypadek drogowy, kolizja lub awaria pojazdu, który posiada Ubezpieczony lub współuczestnik podróży i którym podróżował Ubezpieczony, których skutkiem jest unieruchomienie pojazdu, jeżeli pojazd był wykorzystywany jako środek transportu w podróży,
- 161.3. kradzież pojazdu, którym podróżował Ubezpieczony lub współuczestnik podróży, jeżeli pojazd był wykorzystywany przez nich jako środek transportu w podróży,
- 161.4. kwarantanna Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży,
- 161.5. brak zgody przewoźnika na wejście Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży do środka transportu, ze względu na podejrzenie choroby zakaźnej, w tym Covid-19,
- 161.6. opóźnienie ze strony przewoźnika o co najmniej 24 godziny od zaplanowanego czasu rozpoczęcia lub zakończenia transportu Ubezpieczonego w podróży, które jest skutkiem klęski żywiołowej, warunków pogodowych, zamknięcia ruchu lotniczego lub kolejowego, którego miał dotyczyć ten transport,
- 161.7. klęska żywiołowa w miejscu przebywania Ubezpieczonego w podróży,
- 161.8. zamieszki społeczne w miejscu przebywania Ubezpieczonego w podróży,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 161.9. zgubienie lub kradzież dokumentów Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży: dowód osobisty, paszport (jeśli jest wymagany przepisami prawa do przekroczenia granicy kraju podróży i nie może być zastąpiony przez dowód osobisty), wiza turystyczna (jeśli jest wymagana do przekroczenia granicy kraju podróży) lub dokument potwierdzający uprawnienia do prowadzenia kierowania pojazdem, którym kierował lub miał kierować Ubezpieczony i wykorzystywać jako środek transportu w podróży.

162. Koszty przerwania lub opóźnienia podróży, o których mowa w punktach 157 i 158, zwrócimy na podstawie, przedstawionych dokumentów lub innych dowodów ich poniesienia (z wyłączeniem punktu 158.2.1).

Co nie jest objęte ochroną

163. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie jedno lub kilka wyłączeń ogólnych.

164. Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z przerwaniem lub opóźnieniem podróży, które nie są wliczone w cenę usług turystycznych lub świadczeń wskazanych w punkcie 158, z wyłączeniem punktu 223.

Dla aktywnych sportowo

(w podróży zagranicznej oraz w podróży po Polsce)

Co jest objęte ochroną

165. Zakresem ochrony obejmujemy:

- 165.1. Zwrot kosztów niewykorzystanych aktywności – poniesione przez Ubezpieczonego koszty niewykorzystanych zajęć sportowych lub karinetów (w tym ski-passu) w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku,
- 165.2. Zwrot kosztów wypożyczenia sprzętu sportowego – poniesione przez Ubezpieczonego koszty wypożyczenia sprzętu sportowego w przypadku uszkodzenia, zniszczenia, utraty lub kradzieży sprzętu sportowego wykorzystywanego przez Ubezpieczonego w podróży,

2.2 WYŁĄCZENIA OGÓLNE

- 165.3. Utrata lub zniszczenie sprzętu sportowego – sprzęt sportowy Ubezpieczonego w przypadku uszkodzenia, zniszczenia, utraty lub kradzieży sprzętu sportowego,
- 165.4. Ratownictwo – premium – koszty akcji ratowniczej lub poszukiwawczej Ubezpieczonego,
- 165.5. Koszty leczenia po powrocie z podróży – koszty i organizacja świadczeń medycznych Ubezpieczonemu na terytorium Polski po powrocie z podróży w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku Ubezpieczonego, w związku z którym udzielaliśmy mu pomocy w trakcie podróży.

Zwrot kosztów niewykorzystanych aktywności

166. Zwrócimy poniesione przez Ubezpieczonego koszty niewykorzystanych zajęć sportowych lub karnetu sportowego (w tym ski-passu) Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony lub dziecko pozostające pod opieką Ubezpieczonego, w wyniku nagłego zachorowania lub wypadku w trakcie podróży, byli hospitalizowani lub, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, nie mogli uczestniczyć w podróży w zajęciach sportowych albo wykorzystać posiadanego karnetu sportowego (w tym ski-passu), do wysokości sumy ubezpieczenia.

167. Kwotę podlegającą zwrotowi wyliczymy proporcjonalnie do niewykorzystanej części.

Zwrot kosztów wypożyczenia sprzętu sportowego

168. Zwrócimy poniesione przez Ubezpieczonego koszty wypożyczenia sprzętu sportowego jeżeli dojdzie do uszkodzenia, zniszczenia, utraty lub kradzieży sprzętu sportowego wykorzystywanego przez Ubezpieczonego w podróży, do wysokości sumy ubezpieczenia.

169. Zwrócimy koszty wypożyczenia sprzętu sportowego (takiego samego rodzaju i ilości jaki uległ uszkodzeniu, zniszczeniu, utracie lub kradzieży) na podstawie przedstawionych dowodów ich poniesienia.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Utrata lub zniszczenie sprzętu sportowego

170. Obejmujemy ochroną szkody powstałe w podróży w sprzęcie sportowym, który należy do Ubezpieczonego i jest użytkowany przez niego w podróży, w postaci jego uszkodzenia, zniszczenia, utraty lub kradzieży, do wysokości sumy ubezpieczenia.

171. Obejmujemy ochroną sprzęt sportowy Ubezpieczonego, który:

- 171.1. pozostawał pod bezpośrednią opieką Ubezpieczonego, lub
- 171.2. został powierzony przewoźnikowi na podstawie dokumentu przewozowego, lub
- 171.3. został oddany do przechowalni bagażu za pokwitowaniem, lub
- 171.4. został zamknięty w zamykanym na zamek pomieszczeniu, skrytce bagażowej, luku bagażowym środka transportu, bagażniku samochodu należących lub wykorzystywanych w podróży przez Ubezpieczonego lub
- 171.5. został zamknięty w zamykanej na zamek przyczepie campingowej, kamperze lub jednostce pływającej należących lub wykorzystywanych w podróży przez Ubezpieczonego.

172. Odszkodowanie z tytułu szkód, o których mowa w punkcie 171, ustalimy:

- 172.1. w przypadku uszkodzenia sprzętu sportowego – na podstawie dowodów poniesienia kosztów naprawy, a w przypadku ich braku – według średnich cen napraw zakładów usługowych świadczących usługi naprawy rzeczy tego samego rodzaju i gatunku co uszkodzony sprzęt sportowy, w Polsce, stosownie do zakresu szkody,
- 172.2. w przypadku zniszczenia, utraty lub kradzieży sprzętu sportowego – na podstawie dowodów poniesienia kosztów zakupu sprzętu sportowego, a w przypadku ich braku – według średniej wartości rzeczy tego samego lub podobnego rodzaju i gatunku, o tych samych właściwościach użytkowych, co sprzęt sportowy, ustalonej na podstawie rynkowych cen detalicznych występujących w Polsce w dniu powstania szkody.

Ratownictwo premium

173. Pokryjemy koszty działań poszukiwawczych lub ratowniczych przeprowadzonych przez wyspecjalizowane podmioty uprawnione do takich działań, jeżeli zostanie zgłoszone zaginięcie Ubezpieczonego jednostce

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

policii lub służbom ratunkowym w kraju, w którym doszło do zdarzenia, do wysokości sumy ubezpieczenia.

Koszty leczenia po powrocie z podróży

174. Zorganizujemy udzielenie Ubezpieczonemu świadczeń medycznych po powrocie z podróży, które są związane z nagłym zachorowaniem lub wypadkiem Ubezpieczonego, w związku z którym udzielaliśmy mu pomocy w trakcie podróży i pokryjemy ich koszty do wysokości sumy ubezpieczenia.

175. Świadczenia medyczne zorganizujemy na terytorium Polski zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.

176. Pokryjemy koszty świadczeń medycznych, zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie w ciągu 90 dni od daty powrotu Ubezpieczonego z podróży.

Co nie jest objęte ochroną

177. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń ubezpieczeniowych do których ma zastosowanie jedno lub kilka wyłączeń ogólnych.

Wyłączenia szczególne dla ubezpieczenia Zwrot kosztów wypożyczenia sprzętu sportowego

178. Nie obejmujemy ochroną szkód powstałych wskutek wystania (przekazania osobie trzeciej do transportu) sprzętu sportowego w inny sposób niż nadanie go u przewoźnika.

179. Nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej w sytuacji uszkodzenia lub zniszczenia sprzętu sportowego (wykorzystywanego w podróży przez Ubezpieczonego), przez współuczestnika podróży lub członka rodziny Ubezpieczonego.

Wyłączenia szczególne dla ubezpieczenia Utrata lub zniszczenie sprzętu sportowego

180. Nie obejmujemy ochroną szkód powstałych wskutek wystania (przekazania osobie trzeciej do transportu) sprzętu sportowego w inny sposób niż nadanie go u przewoźnika.

Wyłączenia szczególne dla ubezpieczenia Koszty leczenia po powrocie z podróży

181. Nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów świadczeń medycznych, które powstały na skutek:

- 181.1. przewlekłej opieki (gdy Ubezpieczony nie wymaga leczenia w warunkach szpitalnych, ale zgodnie z zaleceniami lekarza potrzebuje opieki pielęgniarskiej lub lekarskiej częściej niż raz w tygodniu) oraz opieki paliatywnej,
- 181.2. pobytu w sanatoriach lub uzdrowiskach (niezależnie od celu pobytu),
- 181.3. eksperymentów medycznych (lecniczych lub badawczych), polegających na wprowadzeniu nowych lub tylko częściowo wypróbowanych, o niepotwierdzonej skuteczności lub bezpieczeństwie, metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia lub w celu rozszerzenia wiedzy medycznej, dotyczących osób zdrowych i chorych,
- 181.4. leczenia niepłodności albo przerwania ciąży – chyba że jest to konieczne do ratowania życia lub zdrowia Ubezpieczonej,
- 181.5. ciąży lub porodu,
- 181.6. wad wrodzonych Ubezpieczonego zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych wydanej przez Światową Organizację Zdrowia (obowiązującej na dzień zawarcia umowy) jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje.

Wyłączenia ogólne

W tym rozdziale wskazujemy,
jakich zdarzeń ubezpieczeniowych
lub wynikających z nich szkód
nie obejmujemy ochroną
ubezpieczeniową w ramach umowy.



2.2 WYŁĄCZENIA OGÓLNE

182. Nie odpowiadamy za zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce poza okresem ubezpieczenia.

183. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli pomiędzy zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym przez nas ochroną ubezpieczeniową a szkodą nie było związku przyczynowo-skutkowego.

Wyłączenia dla Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży oraz ubezpieczenia dodatkowego do Ubezpieczenia w podróży – Przerwanie lub opóźnienie podróży

184. Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku rezygnacji, przerwania lub opóźnienia podróży (oraz powstałych z tego tytułu kosztów) powstałych wskutek:

- 184.1. umyślnego działania Twojego lub Ubezpieczonego,
- 184.2. popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
- 184.3. pozostawania pod wpływem środków narkotycznych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza lub niezgodnie ze wskazaniami ich użycia – przez Ubezpieczonego, współuczestnika podróży, członka rodziny Ubezpieczonego, członka rodziny współuczestnika podróży,
- 184.4. działania w stanie pod wpływem alkoholu przez Ubezpieczonego, współuczestnika podróży, członka rodziny Ubezpieczonego, członka rodziny lub współuczestnika podróży,
- 184.5. samookaleczenia, okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa lub popełnienia samobójstwa – niezależnie od stanu poczytalności przez Ubezpieczonego, współuczestnika podróży, członka rodziny Ubezpieczonego, członka rodziny współuczestnika podróży,
- 184.6. choroby zakwalifikowanej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych wydanej przez Światową Organizację Zdrowia (obowiązującej na dzień zawarcia umowy) jako zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania lub zaburzenia neurorozwojowe,
- 184.7. użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego,
- 184.8. działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroru, wybuchu nuklearnego, reakcji jądrowej, skażenia

2.2 WYŁĄCZENIA OGÓLNE

spowodowanego substancjami chemicznymi, bronią jądrową lub promieniotwórczością.

185. Nie obejmujemy ochroną szkód w postaci kosztów usług turystycznych poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z rezygnacją, przerwaniem lub opóźnieniem podróży, które zostały zwrócone przez świadczeniodawców usług turystycznych, w tym przewoźnika w przypadku biletu na przewóz, wynajmującego w przypadku miejsca zakwaterowania, czy innego usługodawcę innej usługi turystycznej (zdefiniowanej w o.w.u.).

Wyłączenia dla Ubezpieczenia w podróży

186. Zakres naszej odpowiedzialności nie obejmuje szkód i kosztów, będących skutkiem:

- 186.1. umyślnego działania Twojego lub Ubezpieczonego,
- 186.2. popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
- 186.3. pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem środków narkotycznych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza lub niezgodnie ze wskazaniami ich użycia,
- 186.4. działania Ubezpieczonego w stanie pod wpływem alkoholu, chyba że w umowie, za zapłatą dodatkowej składki, rozszerzyliśmy naszą odpowiedzialność o Klauzulę alkoholową,
- 186.5. samookaleczenia, okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa lub popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego – niezależnie od stanu poczytalności,
- 186.6. działań wojennych (z zastrzeżeniem punktu 148), stanu wojennego, stanu wyjątkowego; przy czym, jeżeli do działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego dojdzie w trakcie podróży Ubezpieczonego po terytoriach należących do strefy geograficznej, która została określona w umowie, ponosimy odpowiedzialność przez okres nie dłuższy niż siedem dni, licząc od daty rozpoczęcia działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego i nie dłużej niż do zakończenia okresu ubezpieczenia dla ubezpieczeń Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej, Następstwa nieszczęśliwych wypadków (w podróży zagranicznej),
- 186.7. aktów terroru, strajków lub rozruchów,
- 186.8. zamieszek społecznych,
- 186.9. katastrofy naturalnej, klęski żywiołowej,

2.2 WYŁĄCZENIA OGÓLNE

- 186.10. użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego,
- 186.11. wybuchu nuklearnego, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego substancjami chemicznymi, bronią jądrową lub promieniotwórczością,
- 186.12. uprawiania przez Ubezpieczonego sportów zawodowo, chyba że w umowie, za zapłatą dodatkowej składki, rozszerzyliśmy naszą odpowiedzialność o Klauzulę wyczynowego uprawiania sportów,
- 186.13. uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wyczynowo, chyba że w umowie, za zapłatą dodatkowej składki rozszerzyliśmy odpowiedzialność o Klauzulę wyczynowego uprawiania sportów,
- 186.14. uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka i zimowych – chyba że w umowie, za zapłatą dodatkowej składki rozszerzyliśmy naszą odpowiedzialność o Klauzulę sportów wysokiego ryzyka i zimowych,
- 186.15. odbywania przez Ubezpieczonego służby wojskowej,
- 186.16. wyruszenia przez Ubezpieczonego w podróż wbrew ostrzeżeniom lub zakazom dla podróżujących, wydawanych przez władze państwowe lub organy publiczne kraju zamieszkania Ubezpieczonego i aktualnym na dzień rozpoczęcia podróży.

Obowiązki Twoje i Ubezpieczonego

W tej części znajdziesz informacje o tym, jakie są Twoje lub Ubezpieczonego obowiązki związane z ochroną ubezpieczeniową. Dowiesz się także o tym, jakie są nasze obowiązki z tym związane.

2.3

Obowiązki Twoje lub Ubezpieczonego

Gdy zawierasz umowę:

187. Masz obowiązek ujawnić nam wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytaliśmy Cię przed zawarciem umowy. Jeśli zawierasz umowę przez przedstawiciela, na nim także spoczywa ten obowiązek i obejmuje ponadto jemu znane okoliczności. Jeśli nie otrzymamy odpowiedzi na poszczególne pytania, a mimo to zawrzemy z Tobą umowę, to uznajemy, że pominięte okoliczności były nieistotne. Jeśli w czasie trwania umowy, okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy zmieniają się, masz obowiązek poinformować nas o tym niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

188. Jeśli zawrzesz umowę na cudzy rachunek, obowiązki, o których mowa w punkcie 187, spoczywają zarówno na Tobie, jak i na Ubezpieczonym. Wyjątkiem są sytuacje, gdy Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

189. Jeśli zawierasz umowę na cudzy rachunek powinieneś poinformować Ubezpieczonego o jej treści, w tym doręczyć mu warunki umowy, przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową, na piśmie lub jeżeli wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku. Ubezpieczony ma prawo uzyskać od nas informacje o postanowieniach umowy, w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

190. Nie odpowiadamy za skutki okoliczności, o których nie wiedzieliśmy, pomimo, że Ty lub Ubezpieczony mieliście obowiązek nas o nich poinformować, zgodnie z punktami 187-188. Jeśli Ty lub Ubezpieczony umyślnie nie ujawniliście nam tych okoliczności, w razie wątpliwości przyjmiemy, że objęte ochroną zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa (szkody) są skutkiem okoliczności, których nam nie ujawniono.

191. Każde oświadczenie, które do nas wysyłasz Ty lub wysyła Ubezpieczony, powinno zawierać Twoje dane lub dane Ubezpieczonego, które pomogą nam w identyfikacji. O tym jak możesz złożyć nam oświadczenie, piszemy w punkcie 270.

Gdy dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego:

192. Gdy dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczający lub Ubezpieczony, o ile wie o zawarciu umowy na jego rachunek ma obowiązek (z uwzględnieniem rodzaju tego zdarzenia):

- 192.1. użyć dostępnych środków, aby ratować przedmiot ubezpieczenia oraz zapobiec szkodzie lub zmniejszyć jej rozmiary; jeśli Ubezpieczony umyślnie lub przez rażące niedbalstwo nie dopełnił tego obowiązku, nie odpowiemy za szkody powstałe z tego powodu; postanowienie to nie dotyczy ubezpieczenia Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW),
- 192.2. zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę; postanowienie to nie dotyczy ubezpieczenia Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW),
- 192.3. zawiadomić nas o zdarzeniu ubezpieczeniowym (w terminach określonych w punktach 193-205) – jeśli Ty lub Ubezpieczony (o ile wie o zawarciu umowy na jego rachunek) umyślnie lub przez rażące niedbalstwo nie poinformujecie nas o zdarzeniu, możemy odpowiednio zmniejszyć wypłacone świadczenie lub odszkodowanie, gdy miało to wpływ na zwiększenie szkody lub nie pozwoliło nam ustalić okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego; skutki braku zawiadomienia nas, nie następują, jeżeli w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymaliśmy wiadomość o okolicznościach, które należało podać do naszej wiadomości.

Dodatkowe obowiązki związane z ubezpieczeniem:

Gdy dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego z ubezpieczenia

Rezygnacja z podróży Ubezpieczony ma dodatkowo obowiązek:

193. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu 24 godzin od chwili decyzji o rezygnacji z podróży powiadomić o tym wszystkie podmioty, które miały świadczyć usługi turystyczne w ramach planowanej podróży.

194. Niezwłocznie powiadomić nas o zdarzeniu ubezpieczeniowym, nie później niż w ciągu 3 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.

Gdy dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego z ubezpieczenia

Przerwanie lub opóźnienie podróży Ubezpieczony ma dodatkowo obowiązek:

195. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu 24 godzin od chwili, gdy nastąpiło przerwanie lub opóźnienie podróży, powiadomić o tym wszystkie podmioty, które miały świadczyć (po chwili przerwania lub opóźnienia podróży) usługi turystyczne w ramach planowanej podróży.

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

196. Niezwłocznie powiadomić nas o zdarzeniu ubezpieczeniowym, nie później niż w ciągu 3 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.

Gdy dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego z ubezpieczenia Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Koszty leczenia w podróży po Polsce, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej, Ratownictwo i transport w podróży po Polsce, Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW), Dla aktywnych sportowo – Koszty leczenia po powrocie z podróży, Ubezpieczony ma dodatkowo obowiązek:

197. Niezwłocznie powiadomić nas o szkodzie, nie później niż w ciągu 3 dni od daty, gdy Ubezpieczony dowiedział się o niej.

Gdy dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego z ubezpieczenia OC w życiu prywatnym Ubezpieczony ma dodatkowo obowiązek:

198. Niezwłocznie powiadomić nas o zdarzeniu ubezpieczeniowym, nie później niż w ciągu 3 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.

199. Umożliwić nam dokonanie niezbędnych czynności w celu ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości odszkodowania.

200. W przypadku, gdy osoba poszkodowana dochodzi swoich roszczeń wobec Ubezpieczonego, w tym na drodze sądowego postępowania cywilnego, bądź zostało wszczęte postępowanie karne z udziałem Ubezpieczonego jako podejrzanego lub oskarżonego (w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym) – powiadomić nas niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni od pozyskania przez Ubezpieczonego takich informacji.

201. Nie podejmować bez naszej zgody działań zmierzających do uznania lub zaspokojenia zgłoszonego roszczenia lub zawarcia ugody z osobą poszkodowaną.

Gdy dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego z ubezpieczenia Bagaż podróży lub Dla aktywnych sportowo – Utrata lub zniszczenie sprzętu sportowego oraz Zwrot kosztów wypożyczenia sprzętu sportowego, Ubezpieczony ma dodatkowo obowiązek:

202. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu 24 godzin od chwili, gdy dowiedział się o zdarzeniu ubezpieczeniowym – powiadomić świadczącego usług turystycznych, któremu powierzono bagaż podróży lub

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

sprzęt sportowy (w tym przewoźnik, przechowalnia bagażu), a w przypadku zdarzenia dotyczącego przedmiotów wartościowych lub sprzętu sportowego – również jednostkę policji w kraju, w którym doszło do tego zdarzenia.

203. W przypadku gdy w skradzionym lub utraconym bagażu podróżnym był sprzęt elektroniczny podłączony do sieci komórkowej, niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu 24 godzin od chwili, gdy dowiedział się o zdarzeniu – powiadomić dostawcę usług telekomunikacyjnych i wnioskować o zablokowanie dostępu urządzenia do sieci komórkowej.

Gdy dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego z ubezpieczenia

Wypożyczony samochód – zniesienie udziału własnego Ubezpieczony ma dodatkowo obowiązek:

204. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu 24 godzin od chwili, gdy dowiedział się o zdarzeniu ubezpieczeniowym – powiadomić wynajmującego wypożyczony samochód i jednostkę policji w kraju, w którym doszło do tego zdarzenia.

205. Niezwłocznie powiadomić nas o zdarzeniu ubezpieczeniowym, nie później niż w ciągu 3 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.

Nasze obowiązki

206. Nasze obowiązki wynikają z umowy, w tym z tych o.w.u. oraz z obowiązujących przepisów prawa, w szczególności kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

207. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mają prawo żądać, abyśmy prawidłowo i terminowo wypełniali nasze obowiązki wskazane w umowie, w tym w tych o.w.u., oraz te, które wynikają z obowiązujących przepisów prawa.

208. Jesteśmy zobowiązani, w granicach sumy ubezpieczenia, zwrócić koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w punkcie 192.1, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

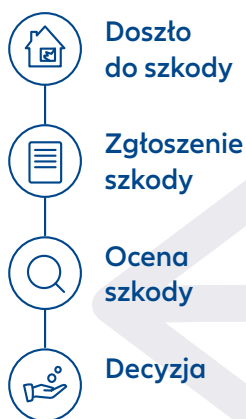
209. Okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności wskazujemy w tych o.w.u.

Szkoda – i co dalej?

Tu znajdziesz szczegóły dotyczące procesu likwidacji szkód.

Za każdym razem gdy piszemy w tym rozdziale o realizacji lub spełnieniu świadczeń rozumiemy przez to, w zależności od zakresu udzielanej ochrony w ramach danego ubezpieczenia: wypłatę świadczeń pieniężnych lub odszkodowań, organizację świadczeń medycznych lub organizację usług transportu lub ratownictwa lub organizację innych usług wskazanych w tych o.w.u. i pokrycie ich kosztów oraz świadczenie usług assistance.

Proces likwidacji szkody



Gdy dojdzie do szkody

210. Ubezpieczający, a Ubezpieczony (w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek – o ile wie o jej zawarciu na jego rachunek) powinien zgłosić szkodę. Powinien to zrobić niezwłocznie po jej wystąpieniu, z zastrzeżeniem punktów 192-204.

211. Aby zrealizować świadczenie powinniśmy wiedzieć, że doszło do zdarzenia, które obejmujemy ochroną. Najszybszym sposobem, w jakim można powiadomić nas o szkodzie, jest:

- wystanie maila na adres: pmu.szkody@mondial-assistance.pl,
- skontaktowanie się z nami telefonicznie pod numerem 224 224 224 (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora).

212. Ubezpieczony powinien podać wszystkie informacje niezbędne do ustalenia przyczyny, zakresu i rodzaju szkody lub potrzebnego świadczenia.

213. Możemy zwrócić się do Ubezpieczonego, żeby, w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.

214. Możemy zwrócić się do Ubezpieczonego, w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, o udzielenie nam zgody (może to zrobić również przedstawiciel Ubezpieczonego) na pozyskanie (w zakresie zgodnym z prawem) informacji medycznych oraz dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, od placówek medycznych, które udzielały Ubezpieczonemu świadczeń medycznych.

215. Możemy zwrócić się do Ubezpieczonego, w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, o udzielenie nam zgody (może to zrobić również przedstawiciel Ubezpieczonego), abyśmy mogli wystąpić do Narodowego Funduszu Zdrowia o odpłatne udostępnienie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili Ubezpieczonemu świadczeń medycznych.

216. Aby przyspieszyć proces likwidacji szkody poprosimy o przekazanie nam w wersji elektronicznej dokumentów lub informacji niezbędnych do ustalenia przyczyny, zakresu i rodzaju zdarzenia ubezpieczeniowego oraz szkody, w tym:

- 216.1. opisu okoliczności zdarzenia,
- 216.2. dokumentacji, która opisuje okoliczności zdarzenia,
- 216.3. dokumentacji medycznej.

Zasady realizacji świadczeń

217. Wypłaty odszkodowań lub świadczeń pieniężnych dokonujemy na podstawie uznania przez nas roszczenia lub na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu lub na podstawie ugody.

218. Świadczenia pieniężne wypłacamy w złotych (PLN) z wyjątkiem odszkodowań z tytułu ubezpieczenia OC w życiu prywatnym, wypłacanych poszkodowanym zamieszkującym w innym kraju niż Polska – wówczas świadczenia wypłacimy w walucie obcej (wartość takiego świadczenia ustalimy według zasad wskazanych w punkcie 219.2).

219. Wartość świadczeń (innych niż wypłata pieniężna) realizowanych z ubezpieczeń: Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Koszty leczenia w podróży po Polsce, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej, Ratownictwo i transport w podróży po Polsce lub Dla aktywnych sportowo: Ratownictwo Premium, Koszty leczenia po powrocie z podróży

- 219.1. realizowanych na terenie Polski ustalamy w złotych (PLN),
- 219.2. realizowanych poza granicami Polski, ustalamy dla wartości nominalnej świadczenia przeliczonej na złote według tabeli A lub B średniego kursu walut obcych (kraj w którym realizowano świadczenie) ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski na dzień realizacji usług.

220. W przypadku świadczeń (innych niż wypłata pieniężna) realizowanych z ubezpieczeń: Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Koszty leczenia w podróży po Polsce, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej (usługa transportu), Ratownictwo i transport w podróży po Polsce (usługa transportu) lub Dla aktywnych sportowo: Koszty leczenia po powrocie z podróży – miejsce realizacji ustalimy za pośrednictwem centrum operacyjnego w porozumieniu z Ubezpieczonym.

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

221. W przypadku, o którym mowa w punkcie 219 poinformujemy Ubezpieczonego o wartości zrealizowanych świadczeń oraz ich wpływie na łączny limit kosztów lub sumy ubezpieczeń dla danych ubezpieczeń przed skorzystaniem przez Ubezpieczonego ze świadczenia.

222. Zwrot poniesionych kosztów, które stanowią przedmiot roszczenia i są objęte ochroną ubezpieczeniową w danym ubezpieczeniu, zrealizujemy na podstawie przedstawionych dowodów ich poniesienia wskazujących na poniesienie tych kosztów oraz ich wysokość z zastrzeżeniem punktów 18.2.1, 140.1, 158.2.1.

223. Zwrócimy, poniesione przez Ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu, koszty połączeń telefonicznych z nami, które powstały w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, na podstawie wykazu połączeń, dokumentów lub innych dowodów poniesienia tych kosztów.

Terminy realizacji świadczeń

224. Spełnimy świadczenie w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

225. Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeśli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli te okoliczności wyjaśnić.

226. Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

227. Jeżeli nie wypłacimy świadczenia lub odszkodowania w terminach określonych w ustawie lub w umowie, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego (w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

228. Jeśli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub jeśli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu poinformujemy osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego (w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) wskazując na okoliczności, oraz podstawę prawną takiej decyzji. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Na rzecz kogo realizujemy świadczenie

229. Świadczenia z tytułu umowy przysługują Ubezpieczonemu z wyłączeniem świadczeń z tytułu śmierci Ubezpieczonego z ubezpieczenia Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW) oraz świadczeń z tytułu ubezpieczenia OC w życiu prywatnym.

230. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego z ubezpieczenia Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW) realizujemy na rzecz uposażonego.

231. Ubezpieczony może zmienić uposażonego w każdym czasie trwania umowy.

232. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy uposażony nie żył w dniu śmierci Ubezpieczonego albo gdy umyślnie przyczynił się do jego śmierci, świadczenie przysługuje najbliższej rodzinie Ubezpieczonego według następującej kolejności:

- 232.1. współmałżonkowi,
- 232.2. dzieciom w równych częściach, gdy brak współmałżonka,
- 232.3. rodzicom w równych częściach, gdy brak współmałżonka i dzieci,
- 232.4. rodzeństwu w równych częściach, gdy brak rodziców, współmałżonka i dzieci,
- 232.5. spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej

233. Świadczenie z tytułu ubezpieczenia OC w życiu prywatnym wypłacamy poszkodowanemu.

Roszczenie regresowe

234. Roszczenie regresowe polega na tym, że jeśli wypłacimy odszkodowanie, mamy prawo dochodzić jego zwrotu od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody. Roszczenia regresowego dochodzimy na poniższych zasadach.

- 234.1. z dniem, w którym wypłacimy odszkodowanie, roszczenie wobec osoby odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na nas do wysokości wypłaconej kwoty. W sytuacji, gdy pokryliśmy szkodę jedynie w części, Ubezpieczony ma pierwszeństwo zaspokojenia przed naszymi roszczeniami.
- 234.2. nie przechodzą na nas roszczenia wobec osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
- 234.3. w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony jest zobowiązany zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

235. Powyższe reguły, które opisują roszczenia regresowe nie dotyczą ubezpieczenia Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW).

Najważniejsze elementy umowy

W tej części informujemy o tym w jaki sposób może dojść do zawarcia oraz rozwiązania umowy, o okresie obowiązywania umowy, czasie trwania ochrony, zasadach opłacania składek, a także o zasadach składania reklamacji.

2.5

Zawarcie umowy

236. Umowę zawieramy na okres ubezpieczenia krótszy niż 1 rok (umowa krótkoterminowa) lub okres 1 roku (umowa roczna).

237. Umowa jest zawarta po zaakceptowaniu przez Ciebie przygotowanej przez nas oferty, z chwilą zapłaty składki. Ofertę może złożyć Ci w naszym imieniu nasz przedstawiciel lub możesz ją otrzymać od nas za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość. Ofertę przedstawimy Ci po zbadaniu Twoich wymagań i potrzeb.

238. Przed zawarciem umowy otrzymasz od nas te o.w.u. oraz inne dokumenty, jakich przekazania Tobie wymagają od nas przepisy prawa. Przed zawarciem umowy z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość dodatkowo udostępnimy Ci regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną.

239. Zawarcie umowy potwierdzamy wystawiając polisę.

240. Umowę Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży obejmującą ubezpieczenie Rezygnacja z podróży możesz zawrzeć w terminie:

- 240.1. w dowolnym czasie jeżeli do rozpoczęcia podróży pozostało co najmniej 60 dni,
- 240.2. 7 dni od daty rezerwacji i opłacenia usługi turystycznej (lub wpłacenia zaliczki), jeżeli do rozpoczęcia podróży pozostało od 59 do 31 dni,
- 240.3. w dniu rezerwacji i opłacenia usługi turystycznej (lub wpłacenia zaliczki), jeżeli do rozpoczęcia podróży pozostało 30 dni lub mniej.

241. Umowę Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży obejmującą Ubezpieczenie Przerwanie lub opóźnienie w podróży lub umowę Ubezpieczenia w podróży możesz zawrzeć przed rozpoczęciem podróży.

Opłacanie składek

242. Wysokość składki określamy na podstawie wysokości taryfy, która obowiązuje w dniu zawarcia umowy. Elementy, które mają wpływ na składkę to: okres ubezpieczenia, suma ubezpieczenia, rodzaj ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia, kraj podróży, wiek

2.5 NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

Ubezpieczonego a w przypadku umowy Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży – wartość usług turystycznych. Pytamy Cię o nie przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Na wysokość składki mają też wpływ zniżki, które przyznajemy w danym okresie.

243. Jesteś zobowiązany opłacić składkę jednorazowo przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.

244. Składkę możesz opłacić przelewem bankowym, przekazem pocztowym, kartą płatniczą, gotówką.

- 244.1. Za chwilę zapłaty składki przyjmujemy datę zlecenia przelewu w banku, nadania przekazu pocztowego, płatności kartą płatniczą, pod warunkiem, że na rachunku bankowym Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki; w innym przypadku za datę zapłaty składki uważa się chwilę uznania naszego rachunku bankowego. W przypadku płatności gotówką za zapłatą uważa się moment wpłaty składki uprawnionemu pośrednikowi ubezpieczeniowemu.
- 244.2. W przypadku zawierania umowy z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość składkę możesz opłacić wyłącznie korzystając z udostępnionej usługi płatniczej – transakcji autoryzowanej w systemie rozliczeniowym podmiotu uprawnionego do świadczenia usług w tym zakresie (w przypadku płatności elektronicznych data autoryzacji transakcji to data płatności składki).

245. Jeśli zapłacisz kwotę niższą, niż to wynika z umowy, uznamy, że składka nie została opłacona.

246. Jeśli ochrona wygaśnie przed końcem okresu, na który była zawarta umowa, masz prawo do zwrotu składki w wysokości proporcjonalnej do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.

247. W razie rozwiązania umowy przysługuje nam składka za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

Okres ubezpieczenia

248. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się:

- 248.1. z tytułu umowy Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży dla ubezpieczenia Rezygnacja z podróży – z początkiem dnia następnego po zawarciu umowy, potwierdzonym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie wcześniej niż po opłaceniu składki,
- 248.2. z tytułu umowy Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży dla ubezpieczenia Przerwanie lub opóźnienie podróży – w dniu potwierdzonym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej niż z dniem rozpoczęcia podróży, i nie wcześniej niż po opłaceniu składki, z zastrzeżeniem punktów 249 i 251,
- 248.3. z tytułu umowy Ubezpieczenia w podróży rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej niż z dniem rozpoczęcia podróży i nie wcześniej niż po opłaceniu składki, z zastrzeżeniem punktów 249 i 251.

249. W przypadku zawarcia w dniu rozpoczęcia podróży umowy Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży dla ubezpieczenia Przerwanie lub opóźnienie podróży lub umowy Ubezpieczenia w podróży, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się, nie wcześniej niż po upływie 6 godzin od chwili zawarcia danej umowy.

250. Dzień rozpoczęcia i zakończenia podróży, wskazany przez Ciebie przy zawarciu umowy, są wliczane do ogólnej liczby dni czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej jako dwa pełne pojedyncze dni, niezależnie od godziny wyjazdu czy godziny powrotu.

251. W przypadku, gdy w chwili zawarcia umowy, Ubezpieczony przebywa poza Polską, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się dla Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży – Przerwanie lub opóźnienie w podróży lub Ubezpieczenia w podróży najwcześniej po upływie 3 dni (z początkiem czwartego z kolei dnia) od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia (okres karencji). W wyliczeniu składki uwzględnia się okres karencji (nie pobieramy składki za okres karencji). Zastrzeżenie o stosowaniu okresu karencji nie ma zastosowania w przypadku zawarcia z nami kolejnej umowy z takim samym zakresem ubezpieczenia, przy zachowaniu ciągłości okresu ubezpieczenia.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

252. Okres ubezpieczenia dla ubezpieczenia Rezygnacja z podróży kończy się:

- 252.1. z dniem rozpoczęcia podróży, jednak nie później niż z upływem dnia wskazanego w polisie jako data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, albo jeżeli Ubezpieczony nie rozpoczął podróży – z upływem dnia wskazanego w polisie jako data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej,
- 252.2. z dniem Twojego odstąpienia od umowy,
- 252.3. z dniem upływu okresu wypowiedzenia umowy, o którym mowa w punkcie 261,
- 252.4. z dniem doręczenia Ubezpieczającemu naszego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy, o którym mowa w punkcie 258,
- 252.5. z dniem śmierci Ubezpieczonego – w stosunku do tego Ubezpieczonego.

253. Okres ubezpieczenia dla ubezpieczenia Przerwanie lub opóźnienie podróży w ramach Ubezpieczenia kosztów organizacji podróży oraz umowy Ubezpieczenia w podróży kończy się:

- 253.1. z dniem zakończenia podróży, jednak nie później niż z upływem dnia wskazanego w polisie jako data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem punktów 186.6 i 254 tych o.w.u.,
- 253.2. z dniem Twojego odstąpienia od umowy,
- 253.3. z dniem upływu okresu wypowiedzenia umowy, o którym mowa w punkcie 261,
- 253.4. z dniem doręczenia Ubezpieczającemu naszego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy, o którym mowa w punkcie 258,
- 253.5. z dniem śmierci Ubezpieczonego – w stosunku do tego Ubezpieczonego.

254. Wydłużymy przysługującą Ubezpieczonemu ochronę ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia w podróży, jeżeli zakończenie podróży opóźni się (względem daty planowanego zakończenia podróży wskazanej przy zawarciu umowy) z powodu hospitalizacji Ubezpieczonego związanej z nagłym zachorowaniem lub wypadkiem w podróży (potwierdzonej dokumentacją medyczną), do czasu gdy:

- 254.1. Ubezpieczony będzie mógł (zgodnie z zaleceniami lekarskimi) wrócić do ostatniego miejsca pobytu w podróży lub do miejsca zamieszkania, nie dłużej niż do 48 godzin od zakończenia hospitalizacji,

2.5 NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

- 254.2. Ubezpieczony dotrze do innej placówki medycznej na terenie Polski lub kraju zamieszkania w celu dalszego leczenia jednak nie dłużej niż do 48 godzin od zakończenia hospitalizacji.

Odstąpienie od umowy

255. Jeśli umowa łącząca Cię z nami jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, możesz odstąpić od niej w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeśli jesteś przedsiębiorcą, możesz to zrobić w ciągu 7 dni od zawarcia umowy. Nie musisz podawać przyczyn odstąpienia. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Cię z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym zapewnialiśmy ochronę ubezpieczeniową. O tym jak możesz złożyć nam oświadczenie, piszemy w punkcie 270.

256. Jeśli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia umowy nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od umowy, termin 30 dni na odstąpienie od umowy liczony jest od dnia, w którym dowiesz się o tym prawie.

257. Jeśli jesteś konsumentem i zawrzesz umowę przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, termin, w którym możesz odstąpić od umowy, wynosi 30 dni od dnia, w którym poinformowaliśmy Cię o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta (liczy się termin późniejszy). Termin uważa się za zachowany, jeżeli wystąłeś oświadczenie na piśmie najpóźniej w ostatnim dniu terminu, w którym masz prawo do odstąpienia. Nie musisz podawać przyczyn odstąpienia. Prawo do odstąpienia nie przysługuje Ci jeśli jesteś konsumentem i umowa została całkowicie wykonana na Twoje żądanie przed upływem terminu, o którym mowa w pierwszym zdaniu tego punktu lub w przypadku gdy zawarłeś umowę na okres krótszy niż 30 dni.

Wypowiedzenie umowy

258. W przypadkach, w których umówimy się odmiennie niż w punkcie 248 (w związku z punktem 237) tych o.w.u., że nasza odpowiedzialność rozpoczyna się przed zapłatą składki i jeśli będzie tak, że nasza

2.5 NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

odpowiedzialność się rozpoczęła, a Ty nie opłaciłeś składki, mamy prawo wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i zażądać zapłaty składki przypadającej za okres naszej odpowiedzialności. Jeśli umowa nie zostanie rozwiązana w tym trybie, wygasa ona wraz z końcem okresu na jaki została zawarta umowa, za który miałeś obowiązek zapłacić tę składkę. Mamy wtedy prawo do składki za cały okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

259. Masz prawo wypowiedzieć umowę w każdym czasie, z zachowaniem 7-dniowego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Cię z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej. O tym jak możesz złożyć nam oświadczenie piszemy w punkcie 270.

Jak złożyć reklamację, skargę lub zażalenie

260. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:

- 260.1. na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
- 260.2. ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
- 260.3. elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.

261. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz Zarząd lub osoba, którą upoważnimy.

262. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych

2.5 NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określmy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.

263. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.

264. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

Jak inaczej można rozwiązać spór

265. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

266. Podmiotem uprawnionym, w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów, jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

267. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Obowiązujące przepisy prawa, oświadczenia i zawiadomienia

268. Jeśli jakieś kwestie nie są uregulowane w umowie lub w tych o.w.u., zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego i inne przepisy prawa polskiego.

269. Stosujemy język polski w relacjach wynikających z tych o.w.u.

270. Oświadczenia i zawiadomienia, które dotyczą umowy, możesz złożyć nam:

- 270.1. na adres naszego biura (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa) lub elektronicznie poprzez formularz dostępny na naszej stronie internetowej www.allianz.pl,
- 270.2. za pośrednictwem naszego agenta (oświadczenia i zawiadomienia składane naszemu agentowi w związku z umową, uznaje się za złożone nam, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku),
- 270.3. albo w inny, uzgodniony z nami sposób.

271. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w sposób wskazany w punktach 260-264 tych o.w.u.

Właściwość sądów

272. Pozew, który dotyczy umowy lub z niej wynika, można wnieść do sądu:

- 272.1. właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego albo
- 272.2. właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy,
- 272.3. właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy.

Definicje

W tym rozdziale wyjaśnimy pojęcia, których używamy w przewodniku, a w szczególności w o.w.u.

2.6

A

Akty terroru

działania podejmowane indywidualnie lub grupowo, skierowane przeciwko ludności lub mieniu z zamiarem wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności, dezorganizacji życia publicznego, dla osiągnięcia celów ekonomicznych, religijnych, politycznych lub społecznych.

B

Bagaż podróżny

rzeczy ruchome zabrane w podróż lub nabyte podczas podróży, obejmujące plecaki, torby, walizki, futerały wraz z ich zawartością, które są własnością Ubezpieczonego lub znajdują się w jego posiadaniu (przekazane przez osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, na podstawie pisemnej lub potwierdzonej innymi dokumentami umowy najmu lub użyczenia).

C

Centrum Operacyjne

wykonawca usług (w tym organizator świadczeń medycznych), których koszty pokrywamy w ramach ubezpieczeń Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Koszty leczenia w podróży po Polsce, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej, Ratownictwo i transport w podróży po Polsce, Assistance – AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, działająca w naszym imieniu.

Członek rodziny Ubezpieczonego

rodzice, dziadkowie, przysposabiający, ojczym, macocha, rodzeństwo, współmatżonek, dzieci, pasierbowie, wnuki, teściowie, zięciowie, synowie, osoba z którą Ubezpieczony pozostaje w konkubinacie.

Czynności życia prywatnego

aktywności pozazawodowe Ubezpieczonego, które nie wiążą się z wykonywaniem obowiązków służbowych, pracą zarobkową lub prowadzeniem działalności gospodarczej.

D

Działania wojenne

działania sił zbrojnych, będące wynikiem konfliktu zbrojnego między państwami, narodami albo grupami społecznymi.

E

Epidemia

wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyrażnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących; epidemia w rozumieniu tego o.w.u. to równocześnie stan epidemii, czyli sytuacja prawna wprowadzona na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania jej skutków.

K

Kraj zamieszkania

kraj w którym osoba zamieszkuje przez okres co najmniej jednego roku (z zamiarem stałego pobytu), a w przypadku gdy nie jest możliwe określenie kraju zamieszkania na podstawie zdania pierwszego, przyjmuje się, iż krajem zamieszkania jest kraj, którego obywatelstwo dana osoba posiada; w przypadku gdy dana osoba posiada więcej niż jedno obywatelstwo, przyjmuje się, że krajem zamieszkania jest kraj, którego obywatelstwo uzyskała jako ostatnie w kolejności.

Kwarantanna

indywidualne odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie, w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

L

Lekarz prowadzący leczenie

lekarz udzielający świadczeń medycznych Ubezpieczonemu, niebędący lekarzem Centrum Operacyjnego.

M

Miejsce zamieszkania

adres na terytorium kraju zamieszkania Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, pod którym przebywa Ubezpieczony lub współuczestnik podróży.

N

Nagłe zachorowanie

stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, który wymaga natychmiastowego udzielenia świadczenia medycznego, w tym zaostrzenie objawów choroby przewlekłej czy nagłe zachorowanie powstałe wskutek choroby, w związku z wystąpieniem której ogłoszono epidemię lub pandemię (w szczególności COVID-19).

O

Oferta

złożona Tobie przez nas oferta zawarcia umowy ubezpieczenia. Oferta jest składana na podstawie informacji wcześniej otrzymanych od Ciebie, w tym po przeprowadzeniu badania wymagań i potrzeb.

Okres ubezpieczenia

ustalony w umowie czas trwania świadczonej przez nas ochrony ubezpieczeniowej.

Osoba trzecia

osoba fizyczna, osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej na podstawie zawartej umowy.

P

Pies asystujący

wyszkolony i specjalnie oznaczony pies przewodnik osoby niewidomej lub niedowidzącej lub pies asystent osoby niepełnosprawnej ruchowo.

Placówka medyczna

podmiot – osoba fizyczna (w tym lekarz, pielęgniarka, położna, rehabilitant), osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej – udzielający świadczeń medycznych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, działający w ramach systemu opieki zdrowotnej w danym kraju.

Podróż

podróż zagraniczna lub podróż po Polsce, w związku z którą Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy, zaplanowanej w dniach rozpoczęcia i zakończenia podróży wskazanych przez Ubezpieczającego przy zawarciu umowy, potwierdzonych w polisie.

Podróż po Polsce

przemieszczanie się lub pobyt Ubezpieczonego w celach turystycznych lub związanych z wykonywaną zawodowo pracą poza jego miejscem zamieszkania, na terenie Polski lub państwa bezpośrednio graniczącego z Polską, w pasie o szerokości do 30 km od granicy Polski (licząc w głąb kraju sąsiadującego od linii granicy państwowej).

Podróż zagraniczna

przemieszczanie się lub pobyt Ubezpieczonego w celach turystycznych lub związanych z wykonywaną zawodowo pracą poza terenem Polski lub kraju zamieszkania.

Pojazd

pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h; z wyjątkiem ciągnika rolniczego, motoroweru, pojazdu szynowego, roweru, wózka rowerowego, hulajnogi elektrycznej, urządzenia transportu osobistego i wózka inwalidzkiego.

2.6 DEFINICJE

Polisa

wystawiany przez nas dokument, potwierdzający zawarcie umowy.

Polska

Rzeczpospolita Polska.

Przedmioty wartościowe

aparaty fotograficzne, biżuteria, drony, futra, instrumenty muzyczne, kamienie szlachetne, lornetki, przedmioty kolekcjonerskie, sprzęt elektroniczny (urządzenia mobilne, telefony komórkowe, smartfony, komputery, przenośny sprzęt komputerowy, radia, roboty, sprzęt fotograficzny, sprzęt kinematograficzny i sprzęt audio-video, urządzenia tęczności), teleskopy, zegarki oraz elementy i akcesoria do tych przedmiotów.

Przewoźnik

osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej uprawniona, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w miejscu udzielania świadczeń, do wykonywania usług odpłatnego przewozu osób lub mienia środkami transportu lądowego, wodnego i lotniczego.

R

Rezerwacja usługi turystycznej

umowa o świadczenie usługi lub usług turystycznych z terminem świadczenia tych usług w czasie planowanej podróży; przez zmianę rezerwacji rozumiemy zmianę terminu lub zakresu usługi turystycznej w związku z rezygnacją z podróży lub w związku z przerwaniem lub opóźnieniem podróży (w zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego jakie obejmujemy ochroną).

Rozpoczęcie podróży

a) opuszczenie miejsca zamieszkania w celu podróży – dla wszystkich ubezpieczeń w podróży po Polsce i dla następujących ubezpieczeń w podróży zagranicznej: Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW), OC w życiu prywatnym, Bagaż podróży, Assistance, Wypożyczony samochód – zniszczenie udziału własnego, Dla aktywnych sportowo;

b) przekroczenie granicy kraju zamieszkania w celu podróży zagranicznej – dla następujących ubezpieczeń w podróży zagranicznej: Rezygnacja z podróży, Przerwanie lub opóźnienie podróży, Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej.

S

Sporty rekreacyjne

aktywność sportowa, obejmująca amatorskie uprawianie następujących sportów: aerobik, badminton, curling, fitness, frisbee, golf, hokej na trawie, inдор skydiving (lot w tunelu aerodynamicznym), jazda gokartem lub quadem, jazda motocyklem po drogach utwardzonych, jazda na nartach wodnych, skuterze wodnym lub innych przedmiotach ciągniętych przez pojazdy przeznaczone do poruszania się na wodzie, jazda na hulajnodze, tyżworolkach, nartorolkach, rolkach, rowerze lub wrotkach, jazda na segway'ach, jazda samochodem off-road, joga, jogging, kajakarstwo, lekkoatletyka, loty widokowe – w charakterze pasażera, marsz, nurkowanie z autotem oddechowym na głębokość do 30 m p.p.m. (poniżej poziomu morza), paintball, piłka koszykowa, piłka nożna, piłka ręczna, piłka siatkowa, pływanie, pływanie jachtem żaglowym lub motorowym po wodach śródlądowych, pływanie jachtem żaglowym lub motorowym w pasie wód do 20 mil morskich od brzegu, pływanie kajakiem, pontonem lub tratwą po wodach śródlądowych, pływanie motorówką po drogach śródlądowych, pumpabike, rejsy statkiem wycieczkowym, rekonstrukcje historyczne, ringo, safari bez polowania, skateboarding, snorkeling, softball, squash, stepping, stretching, surfing, taniec, tenis stołowy lub ziemny, trekking (wędrówka) po szlakach bez użycia specjalistycznego sprzętu zabezpieczającego (liny, raki, czekan, uprząż) do wysokości 5 500 m n.p.m. (nad poziomem morza), wędkarstwo, windsurfing, wspinaczka w parku linowym, zorbing.

2.6 DEFINICJE

Sporty wysokiego ryzyka i zimowe

aktywność sportowa obejmująca amatorskie uprawianie następujących sportów: baloniarstwo, baseball, biegi długodystansowe, biegi na orientację w terenie, dosiadanie i jazda na zwierzętach wierzchowych i pociągowych – poza jednorazową przejażdżką na koniu, osle, słoniu lub wielbłądzie w ramach atrakcji turystycznej, downhill, flyboard, football amerykański, gimnastyka akrobatyczna, artystyczna lub sportowa, helibording, heliskiing, hokey, hokey na rolkach, hokey podwodny, hydrospeed, jazda motocyklem lub samochodem po zamkniętym torze wyścigowym, jazda rowerem enduro, jazda rowerem po górach (mountain biking), kajakerstwo górskie, kanioring, kettebell, kite-skiing, kite-snowboarding, kite-surfing, kolarstwo górskie i szosowe, krykiet, lotniarstwo, łucznictwo, tyżwiarstwo figurowe i szybkie, motocross, motocyklowe i samochodowe rajdy terenowe, motolotniarstwo, myślistwo, narciarstwo biegowe, narciarstwo zjazdowe po oznaczonych trasach, narciarstwo poza wyznaczonymi trasami (free skiing), nurkowanie z autodemem oddechowym na głębokość większą niż 30 m p.p.m. (poniżej poziomu morza), paralotniarstwo, parasailing, pływanie jachtem żaglowym lub motorowym w odległości powyżej 20 mil morskich od brzegu, podnoszenie ciężarów, polo, polowanie z użyciem broni palnej lub pneumatycznej, psie zaprzęgi, rafting, rekonstrukcja historyczna z użyciem broni czarnoprochowej, rugby, sandboarding, saneczkarstwo, skoki do wody, skoki na bungee, skoki narciarskie, slakline, snowboard po oznaczonych trasach, snowboard poza oznaczonymi trasami (free snowboarding), spadochroniarstwo, speedrower, speedway, speleologia, sporty w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie, sporty walki, strzelectwo, szermierka, szybownictwo, trekking z użyciem sprzętu zabezpieczającego (liny, raki, czekan, uprzęż), trekking po szlakach via ferrata, triathlon, wakeboarding, wigfoil, wioślarstwo, wrotkarstwo alpejskie, wspinaczka indoorowa, wspinaczka lodowa i wysokogórska, wspinaczka bez asekuracji (bouldering), wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi (obszary podbiegunowe, dżungle, lodowce, pustynie), zjazd na linie.

Stan pod wpływem alkoholu

stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia 0,2 promila alkoholu lub więcej, lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi lub prowadzi do stężenia 0,1 mg lub więcej.

Strefa geograficzna

obszar geograficzny, określony jako jedna z następujących stref:

Strefa A – Europa i pozaeuropejskie państwa basenu Morza Śródziemnego oraz Gruzja,

Strefa B – świat z wyłączeniem USA i Kanady,

Strefa C – cały świat,

Strefa P – Polska i terytorium państw bezpośrednio graniczących z Polską w pasie o szerokości 30 km od granicy.

Stan pod wpływem środków narkotycznych

stan po użyciu środków odurzających lub po użyciu substancji psychotropowych lub po użyciu środków zastępczych lub po użyciu nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Szkoda

objęty zakresem ubezpieczenia skutek zdarzenia ubezpieczeniowego:

- a) uszczerbek w majątku Ubezpieczonego z wyłączeniem ubezpieczenia następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW) i OC w życiu prywatnym
- b) śmierć lub uszczerbek na zdrowiu na skutek wypadku – w ubezpieczeniu Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW);
- c) szkoda na osobie lub szkoda w mieniu osoby trzeciej – w ubezpieczeniu OC w życiu prywatnym.

Świadczenia medyczne

czynności podejmowane przez placówki medyczne lub ich personel (lekarzy, pielęgniarki, położne, rehabilitantów) służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie stanu zdrowia wynikające z procesu diagnostycznego lub leczniczego w postaci porad lekarskich, badań lekarskich, leczenia w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych, badań diagnostycznych, zabiegów.

2.6 DEFINICJE

T

Telemedycyna

forma świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej wykonywana przez lekarza za pośrednictwem systemów łączności lub systemów teleinformatycznych.

U

Ubezpieczający, Ty

osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z nami umowę i zobowiązała się do opłacenia składki.

Ubezpieczony

osoba fizyczna, na rachunek której Ubezpieczający zawarł Umowę.

Udział własny w wypożyczonym samochodzie

kwota wynikająca z umowy najmu wypożyczonego samochodu, jaką zobowiązany jest ponieść Ubezpieczony w przypadku kradzieży lub uszkodzenia wypożyczonego samochodu w następstwie wypadku lub kolizji.

Uposażony

osoba wskazana przez Ubezpieczonego, która w razie śmierci Ubezpieczonego otrzyma od nas świadczenie.

Uprawianie sportu zawodowo

uprawianie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej lub w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, uprawniające do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu poniesionych kosztów związanych z uprawianiem sportu (w tym treningami, zawodami) w postaci diet, zasiłków niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy zespołowo.

Uprawianie sportu wyczynowo

uprawianie sportu poprzez udział w zawodach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu; uprawianie sportu wyczynowo oznacza również uprawianie sportu zawodowo.

Usługa turystyczna

jedna lub więcej aktywności Ubezpieczonego planowana lub zrealizowana przez niego w podróży na podstawie udokumentowanej umowy o świadczenie takiej usługi lub usług zawartej z usługodawcą, która obejmuje:

- a) przewóz pasażerów,
- b) zakwaterowanie w celach innych niż pobyt stały,
- c) wynajem samochodów lub innych pojazdów silnikowych,
- d) przechowywanie bagażu,
- e) zwiedzanie muzeów, galerii, zamków, pałaców, skansenów, obiektów religijnych lub sakralnych, kopalni, hut, parków rozrywki, zoo, parków krajobrazowych lub narodowych, rezerwatów przyrody (dokumentem potwierdzającym jest bilet wstępu do tych miejsc),
- f) udział w wydarzeniu sportowym lub kulturalnym (dokumentem potwierdzającym jest bilet),
- g) udział w kursach lub szkoleniach,
- h) udział w imprezie turystycznej (w rozumieniu ustawy o imprezach turystycznych).

Uszczerbek na zdrowiu

fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które są następstwem wypadku i powodują upośledzenie czynności organizmu Ubezpieczonego, wskazane w Tabeli norm oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu.

W

Współuczestnik podróży

osoba, która wraz z Ubezpieczonym wybierała się w podróż lub w niej uczestniczyła (tę samą co Ubezpieczony), a potwierdzenie tego faktu znajduje się w dokumentach dotyczących podróży lub w polisie.

Wypadek

gwałtowne zdarzenie, które spełnia wszystkie poniższe kryteria:

- a) jest niezależne od woli Ubezpiezonego,
- b) powstało bezpośrednio i wyłącznie z przyczyn zewnętrznych i losowych,
- c) powstało w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
- d) jego skutkiem jest uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć.

Wypożyczony samochód

- a) samochód osobowy o dopuszczalnej masie całkowitej nie większej niż 3,5 tony, przeznaczony konstrukcyjnie do przewozu nie więcej niż 9 osób łącznie z kierowcą oraz ich bagażu, lub
- b) kamper – samochód turystyczny, mający wydzieloną część, która spełnia funkcje sypialni, kuchni, toalety.

objęty umową najmu (wypożyczenia) zawartą przez Ubezpiezonego z podmiotem świadczącym usługi najmu pojazdów samochodowych.

Z

Zamieszki społeczne

spontaniczne, nieorganizowane, zwykle potęgzone z aktami przemocy fizycznej wystąpienie określonej grupy społecznej, wywołane poczuciem niezadowolenia z istniejącej sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej, skierowane przeciw osobom sprawującym władzę na mocy obowiązującego prawa.

Zaostrzenie objawów choroby przewlekłej

nagłe, wymagające udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, nasilenie objawów chorobowych, pozostające w bezpośrednim związku z chorobą przewlekłą lub jej powikłaniami (chorobą zdiagnozowaną przed zawarciem umowy powodującą trwałe, nieodwracalne, postępujące zmiany, obniżając wydolność i sprawność, występującą zarówno w stanach ostrych jak przewlekłych, jako jeden i ten sam ustawicznie trwający proces).

Zakończenie podróży

- a) dotarcie do miejsca zamieszkania po podróży – dla wszystkich ubezpieczeń w podróży po Polsce i dla następujących ubezpieczeń w podróży zagranicznej: Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW), OC w życiu prywatnym, Bagaż podróży, Assistance, Wypożyczony samochód – zniesienie udziału własnego, Dla aktywnych sportowo;
- b) przekroczenie granicy kraju zamieszkania w drodze powrotnej z podróży zagranicznej – dla następujących ubezpieczeń w podróży zagranicznej: Przerwanie lub opóźnienie podróży, Koszty leczenia w podróży zagranicznej, Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

skutkujące szkodą zdarzenie, którego rodzaj zależy od zakresu ubezpieczenia, określonego postanowieniami tych o.w.u.:

- a) rezygnacja z podróży z jednej lub kilku przyczyn wskazanych w tych o.w.u. dla ubezpieczenia Rezygnacja z podróży;
- b) przerwanie lub opóźnienie podróży z jednej lub kilku przyczyn wskazanych w tych o.w.u. dla ubezpieczenia Przerwanie lub opóźnienie podróży;
- c) nagłe zachorowanie lub wypadek (a w przypadku z punktu 68 – kwarantanna) Ubezpieczonego dla ubezpieczenia Koszty leczenia w podróży zagranicznej;
- d) nagłe zachorowanie lub wypadek Ubezpieczonego dla ubezpieczeń: Koszty leczenia w podróży po Polsce; Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej (w przypadku usług transportu z punktów 89-95); Ratownictwo i transport w podróży po Polsce (w

2.6 DEFINICJE

- przypadku usług transportu z punktów 102-107); Assistance (w przypadku usług z punktu 150); Dla aktywnych sportowo: Koszty leczenia po powrocie z podróży, Koszty niewykorzystanych aktywności (w tym przypadku również nagłe zachorowanie lub wypadek dziecka Ubezpieczonego);
- e) zaginięcie Ubezpieczonego w podróży dla ubezpieczeń: Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej (w przypadku z punktu 96); Ratownictwo i transport w podróży po Polsce (w przypadku punktu 108); Dla aktywnych sportowo – Ratownictwo Premium;
 - f) wypadek powodujący uszczerbek na zdrowiu lub śmierć Ubezpieczonego dla ubezpieczenia Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW);
 - g) działanie lub zaniechanie Ubezpieczonego skutkujące szkodą rzeczową lub osobową wyrządzoną osobom trzecim dla ubezpieczenia OC w życiu prywatnym;
 - h) uszkodzenie, zniszczenie, utrata, kradzież lub opóźnienie dostarczenia bagażu podróżnego dla ubezpieczenia Bagaż podróżny;
 - i) akt terroru lub działania wojenne w kraju, w którym przebywa Ubezpieczony w podróży dla ubezpieczenia Assistance (w przypadku usługi wskazanej w punkcie 151);
 - j) kradzież lub uszkodzenie (w wyniku wypadku lub kolizji) wypożyczonego samochodu dla ubezpieczenia Wypożyczony samochód – zniesienie udziału własnego;
 - k) uszkodzenie, zniszczenie, utrata lub kradzież sprzętu sportowego dla ubezpieczenia Dla aktywnych sportowo: Utrata lub zniszczenie sprzętu sportowego oraz Zwrot kosztów wypożyczenia sprzętu sportowego.

W tych o.w.u. posługujemy się skrótowymi nazwami następujących ustaw:

- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – używamy skrótu: ustawa o działalności ubezpieczeniowej,
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – używamy skrótu: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – używamy skrótu: ustawa o prawach konsumenta,
- ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. prawo pocztowe – używamy skrótu: ustawa prawo pocztowe,
- ustawa z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – używamy skrótu: ustawa o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich,
- ustawa z dnia 24 listopada 2017 roku o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych – używamy skrótu: ustawa o imprezach turystycznych.

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia Moja Podróż

Tabela norm oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu

Gdy Ubezpieczony dozna uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku, ocenimy stopień uszkodzenia jego ciała, zgodnie z postanowieniami o.w.u., w tym w oparciu o tabelę poniżej. Procent uszczerbku na zdrowiu to procent sumy ubezpieczenia, jaki wypłacimy jako świadczenie z tytułu ubezpieczenia Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW) z tytułu uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku.

W każdym przypadku, gdy w tabeli wskazany jest uszczerbek na zdrowiu dotyczący jednej części ciała, organu lub narządu, i nie ma oddzielnej pozycji w tabeli dotyczącej uszczerbku na zdrowiu jednocześnie dwóch tych samych części ciała albo organów albo narządów – wówczas w przypadku jednoczesnego uszczerbku na zdrowiu dwóch tych samych części ciała albo organów lub narządów, ustalamy procent uszczerbku na zdrowiu jako wartość podwójną procentu ustalonego w tabeli dla danego uszczerbku dotyczącego jednej części ciała albo jednego organu albo jednego narządu.

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		PROCENT USZCZERBKU NA ZDROWIU
1.	Uraz głowy ze wstrząśnieniem mózgu	10
2.	Oparzenia obejmujące 5 – 15% powierzchni ciała	10
3.	Oparzenia obejmujące 16 – 30% powierzchni ciała	25
4.	Oparzenia obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	45
5.	Utrata gałki ocznej lub całkowita utrata wzroku w jednym oku	30
6.	Utrata obu gałek ocznych lub całkowita utrata wzroku w obydwu oczach	100
7.	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30
8.	Całkowita utrata słuchu w obu uszach	60
9.	Całkowita utrata węchu	10
10.	Utrata języka i zmysłu smaku łącznie	50
11.	Utrata płata płucnego	50

2.6 DEFINICJE

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		PROCENT USZCZERBKU NA ZDROWIU
12.	Utrata śledziony	15
13.	Utrata jednej nerki	20
14.	Utrata obu nerek	50
15.	Utrata prącia	40
16.	Utrata jednego jądra lub jajnika	20
17.	Utrata macicy	40
18.	Całkowita utrata kończyny górnej lub władzy w niej	70
19.	Utrata kończyny górnej powyżej stawu łokciowego, a poniżej stawu barkowego	65
20.	Utrata kończyny górnej poniżej stawu łokciowego, a powyżej nadgarstka	60
21.	Utrata kończyny górnej poniżej lub na wysokości nadgarstka	55
22.	Całkowita utrata kończyny dolnej (powyżej środkowej części uda) lub władzy w niej	70
23.	Utrata kończyny dolnej poniżej środkowej części uda a powyżej stawu kolanowego	60
24.	Utrata kończyny dolnej poniżej stawu kolanowego, a powyżej środkowej części podudzia	50
25.	Utrata kończyny dolnej poniżej środkowej części podudzia, a powyżej stopy	45
26.	Utrata kończyny dolnej – stopy w stawie skokowym	40
27.	Utrata kończyny dolnej – stopy z wyłączeniem pięty	30
28.	Całkowita utrata kciuka	20
29.	Częściowa utrata kciuka	10
30.	Całkowita utrata palca wskazującego	10
31.	Częściowa utrata palca wskazującego	5
32.	Całkowita utrata innego (niż palec wskazujący i kciuk) palca u ręki	5
33.	Częściowa utrata innego (niż palec wskazujący i kciuk) palca u ręki	2
34.	Całkowita utrata palucha	5
35.	Częściowa utrata palucha	2
36.	Całkowita utrata innego palca u stopy (niż paluch)	2

2.6 DEFINICJE

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		PROCENT USZCZERBKU NA ZDROWIU
37.	Złamania kości miednicy, kości w obrębie stawu biodrowego (z wyjątkiem izolowanych złamań kości tonowej lub kulszowej, kości ogonowej), w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasada bliższa kości udowej, krętarze, złamania pod- i przezkrętarzowe)	
	a) wieloodłamowe otwarte	25
	b) inne (niż wieloodłamowe otwarte) złamania otwarte	10
	c) inne złamania wieloodłamowe (niż wskazane w pkt a) i b))	8
	d) inne złamania (niż wskazane w pkt a) - c))	5
38.	Złamanie kości ramiennej/udowej	
	a) wieloodłamowe otwarte	15
	b) inne (niż wieloodłamowe otwarte) złamania otwarte	10
	c) inne złamania wieloodłamowe (niż wskazane w pkt a) i b))	8
	d) inne złamania (niż wskazane w pkt a) - c))	3
39.	Złamanie kości podudzia/przedramienia	
	a) wieloodłamowe otwarte	10
	b) inne (niż wieloodłamowe otwarte) złamania otwarte	8
	c) inne złamania wieloodłamowe (niż wskazane w pkt a) i b))	5
	d) inne złamania (niż wskazane w pkt a) - c))	3
40.	Złamanie kości podstawy lub sklepienia czaszki, złamanie łopatki	
	a) wieloodłamowe otwarte	15
	b) inne (niż wieloodłamowe otwarte) złamania otwarte	10
	c) inne złamania wieloodłamowe (niż wskazane w pkt a) i b))	8
	d) inne złamania (niż wskazane w pkt a) - c))	5
41.	Złamania kości: twarzoczaszki, żuchwy, kciuka (palciczki kciuka i kości śródręcza), palca wskazującego, obojczyka, rzepki, kości skokowej, piętowej	
	a) wieloodłamowe otwarte	10
	b) inne (niż wieloodłamowe otwarte) złamania otwarte	6
	c) inne złamania wieloodłamowe (niż wskazane w pkt a) i b))	4
	d) inne złamania (niż wskazane w pkt a) - c))	2

2.6 DEFINICJE

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		PROCENT USZCZERBKU NA ZDROWIU
42.	Złamania kości: talerza biodrowego, kołców biodrowych, guza kulszowego, trzonu kręgow	
	a) złamania otwarte	8
	b) inne złamania (niż złamania otwarte)	3
43.	Złamania kości: łokciowej, promieniowej, piszczelowej, tódkowatej stopy, sześcienniej, klinowatych:	
	a) wieloodłamowe otwarte	8
	b) inne (niż wieloodłamowe otwarte) złamania otwarte	6
	c) inne złamania wieloodłamowe (niż wskazane w pkt a) i b))	4
	d) inne złamania (niż wskazane w pkt a) - c))	2
44.	Złamania kości: żeber, palców dłoni i stóp (z wyjątkiem kciuka i wskaziciela), ogonowej, strzałkowej, wyrostków ościowych lub poprzecznych kręgosłupa, łonowej, kulszowej	
	a) złamania otwarte	8
	b) inne złamania	3
45.	Złamania: kości śródstopia, śródręcza, nadgarstka	
	a) złamania otwarte	6
	b) inne złamania	2
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	8
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
55.	Zwichnięcie stawu biodrowego	12
56.	Zwichnięcie stawu kolanowego	20

2.6 DEFINICJE

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		PROCENT USZCZERBKU NA ZDROWIU
57.	Zwichnięcie stawu skokowego górnego	10
58.	Zwichnięcie stawu Choparta	10
59.	Zwichnięcie stawu Lisfranca	5
60.	Zwichnięcie stawu palucha	2
61.	Skręcenie w obrębie kręgosłupa piersiowego	6
62.	Skręcenie w obrębie kręgosłupa lędźwiowego	4
63.	Skręcenie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	1
64.	Skręcenie stawu barkowego	2
65.	Skręcenie stawu łokciowego	2
66.	Skręcenia w obrębie stawów nadgarstka	1
67.	Skręcenie w stawie kciuka	1
68.	Skręcenie w stawie palca wskazującego	1
69.	Skręcenie stawu biodrowego	3
70.	Skręcenie stawu kolanowego	3
71.	Skręcenie stawu skokowego górnego	1
72.	Skręcenie stawu Choparta	1
73.	Skręcenie stawu Lisfranca	1
74.	Skręcenie stawu palucha	1
75.	Rana cięta, kluta, szarpana, rąbana lub miażdżona zaopatrzona chirurgicznie w obrębie twarzy, szyi, dłoni	2
76.	Rana cięta, kluta, szarpana, rąbana lub miażdżona zaopatrzona chirurgicznie w obrębie pozostałych części ciała	1
77.	Brak urazu ciała w tej Tabeli (tabela ta nie przewiduje takiego urazu ciała)	0

Przewodnik po ubezpieczeniu Moja Podróż został zatwierdzony uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 75/2024.

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189, Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000028261, NIP: 525-15-65-015, REGON: 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 457 110 000 złotych (wpłacony w całości).

Przydatne wskazówki

Tu znajdziesz wskazówki odnośnie podróży.

Poniższe wskazówki nie stanowią części ani treści o.w.u. – pełnią one jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia. Obowiązki związane z umową wynikają z treści o.w.u. (a więc rozdziałów 1 i 2)

Jak dbać o bezpieczeństwo w podróży

- Jeżeli wybierasz się w podróż zagraniczną sprawdź, czy masz wszystkie dokumenty potrzebne w Twojej podróży: dowód osobisty lub paszport, wizę, potwierdzenie szczepień. Być może kraj do którego podróżujesz wymaga międzynarodowego prawa jazdy. Szczegółowe informacje dotyczące dokumentów znajdziesz na stronie www.gov.pl w dziale: Wyjazdy i wypoczynek
- Przed wyjazdem dla bezpieczeństwa zrób zdjęcia wszystkich dokumentów i umieść je w bezpiecznej chmurze lub udostępnij osobie bliskiej.
- Jeżeli znajdziesz się w trudnej sytuacji w kraju, w którym nie ma polskiej ambasady lub konsulatu, to jako obywatel państwa członkowskiego Unii Europejskiej możesz zwrócić się o pomoc do placówki dyplomatycznej lub konsularnej innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej.
- Na wszelki wypadek możesz ustawić w swoim telefonie opcję udostępniania swojego położenia osobie bliskiej. Sprawdź czy na pewno Twój telefon zapewnia Ci taką możliwość.
- Jeśli chcesz spędzić urlop nad Bałtykiem lub polskimi jeziorami, odwiedź serwis kąpieliskowy prowadzony przez Główny Inspektorat Sanitarny. Znajdziesz tam aktualne informacje na temat kąpielisk w Polsce: <https://sk.gis.gov.pl>
- Jeśli wybierasz się w polskie góry, zapisz w pamięci telefonu numer ratunkowy 601 100 300. Planując trasę, weź pod uwagę zmienne warunki pogodowe na górskich szlakach. Miej też ze sobą powerbank i kabel, aby móc w razie czego doładować baterię swojego telefonu.
- Zainstaluj w telefonie bezpłatną aplikację Ratunek, która podczas wzywania pomocy w Polsce połączy Cię ze zintegrowanym z aplikacją numerem ratunkowym w górach (TOPR, GOPR) lub nad wodą (WOPR, MOPR).

Najczęściej zadawane pytania

Poznaj odpowiedzi na niektóre z najczęściej zadawanych pytań odnośnie ubezpieczenia Moja Podróż.

W razie pytań zadzwoń pod numer
→ 224 224 224 (koszt połączenia
zgodny z taryfą operatora)
lub wejdź na stronę
→ www.allianz.pl

4 NAJCZĘŚCIEJ ZADAWANE PYTANIA

Czym jest Ubezpieczenie kosztów organizacji podróży?

To ubezpieczenie, w którym obejmujemy ochroną skutki zdarzeń ubezpieczeniowych w postaci rezygnacji z podróży przed jej rozpoczęciem lub przerwania czy też opóźnienia podróży w trakcie jej trwania.

Co to jest Ubezpieczenie w podróży?

W ramach tego ubezpieczenia obejmujemy ochroną skutki zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych w trakcie podróży. To co będziemy chronić będzie uzależnione od tego jaki pakiet wybierzesz lub ubezpieczenia dodatkowe do pakietu.

W jakim terminie mogę zawrzeć umowę ubezpieczenia

Rezygnacja z podróży?

Ubezpieczenie Rezygnacja z podróży możesz zawrzeć:

- w dowolnym czasie jeżeli do rozpoczęcia podróży pozostało co najmniej 60 dni,
- 7 dni od daty rezerwacji i opłacenia usługi turystycznej lub wpłacenia zaliczki, jeżeli do rozpoczęcia podróży pozostało od 59 do 31 dni,
- w dniu rezerwacji i opłacenia usługi turystycznej lub wpłacenia zaliczki, jeżeli do rozpoczęcia podróży pozostało 30 dni lub mniej.

Czy Ubezpieczenie w podróży obejmuje zachorowanie na Covid-19?

Zorganizujemy Ci świadczenia medyczne oraz transport, jeśli będziesz ich potrzebował w związku z nagłym zachorowaniem w podróży na Covid-19 w ramach ubezpieczeń Koszty leczenia w podróży zagranicznej lub Koszty leczenia w podróży po Polsce oraz Ratownictwo i transport w podróży zagranicznej lub Ratownictwo i transport w podróży po Polsce.

Choruję nad nadciśnienie, czy mam ochronę podczas podróży zagranicznej?

W ramach ubezpieczenia Koszty leczenia w podróży zagranicznej, obejmujemy ochroną zaostrzenie objawów chorób przewlekłych do wysokości limitu. Limit dla kosztów świadczeń medycznych w przypadku nagłego zachorowania w podróży zagranicznej w postaci zaostrzenia objawów chorób przewlekłych to aż 1 000 000 złotych w pakiecie Max albo 200 000 zł w pakietach Komfort, Plus i Ekstra.

Wyjeżdżam na roczne stypendium zagranicę. Czy na tak długi okres mogę wykupić ubezpieczenie Moja Podróż?

Tak, możesz zawrzeć umowę ubezpieczenia na okres 1 roku (umowa roczna) lub okres ubezpieczenia krótszy niż 1 rok (umowa krótkoterminowa).

Czy Ubezpieczenie w podróży obejmuje uprawianie sportów?

Tak, zakresem ubezpieczenia obejmujemy ochroną amatorskie uprawianie sportów rekreacyjnych. Jeżeli uprawiasz sporty wysokiego ryzyka lub sporty zimowe – rozszerz ochronę (za zapłatą dodatkowej składki)

o Klauzulę sportów wysokiego ryzyka i zimowych. Jeżeli uprawiasz sporty wyczynowo lub zawodowo – rozszerz ochronę (za zapłatą dodatkowej składki) **o Klauzulę wyczynowego uprawiania sportów.** Pełny katalog sportów rekreacyjnych czy wysokiego ryzyka i zimowych, a także definicja uprawiania sportów zawodowo lub wyczynowo znajduje się w ogólnych warunkach ubezpieczenia.



Pomóż nam podnosić standardy

Jednym z naszych priorytetów w Allianz jest ciągłe doskonalenie obsługi klienta. Jeśli masz jakiegokolwiek uwagi lub wątpliwości, zgłoś je, a zajmiemy się Twoją sprawą tak szybko, jak to możliwe. Możesz to zrobić na dwa sposoby:

- telefonicznie pod numerem:
→ 224 224 224 (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora)
- pocztą elektroniczną:
→ informacja.zwrotna@allianz.pl

Dziękujemy,
że jesteś
z nami!

MÓJ DOM

Przewodnik po ubezpieczeniu



W tabeli wskazujemy istotne informacje o ogólnych warunkach ubezpieczenia Mój Dom.

Pojęcia zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają znaczenie nadane im w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Ilekroć w tabeli poniżej wskazujemy na postanowienie, w którego treści odwołujemy się do pojęć zdefiniowanych w rozdziale 2.6. tych ogólnych warunków ubezpieczenia, to każdorazowo dane postanowienie należy odczytywać łącznie z brzmieniem definicji pojęcia mającego zastosowanie do danego świadczenia.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	punkty: 4-11, 15-17, 33-35, 38-39, 41-42, 44, 46, 48, 49, 55-58, 60, 63-67, 69, 71, 73. rozdział 2.6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	punkty: 12-14, 18-32, 36-37, 40, 43, 45, 50-54, 59, 61, 62, 68, 70, 72, 74-76. rozdział 2.6

Witaj w Allianz!

Dziękujemy, że decydujesz się ubezpieczyć u nas dom lub mieszkanie.

Jesteśmy po to, aby chronić Ubezpieczonego i to, co do niego należy przed szkodami spowodowanymi nieoczekiwanymi zdarzeniami, na które nie ma on wpływu. Polegaj na naszym doświadczeniu. Jesteśmy z naszymi klientami na każdym kroku.

The Allianz logo, featuring the word "Allianz" in a stylized, cursive script.

Spis treści

1. Wstęp do Twojego ubezpieczenia	6
2. Opis produktu i warunki ubezpieczenia	9
2.1. Co obejmuje ubezpieczenie	10
2.2. Wyłączenia ogólne	34
2.3. Obowiązki Twoje i Ubezpieczonego	37
2.4. Szkoda – i co dalej?	42
2.5. Najważniejsze elementy umowy	52
2.6. Definicje	63
3. Przydatne wskazówki	74
4. Najczęściej zadawane pytania	80
5. Pomóż nam podnieść standardy	83

Wstęp do Twojego ubezpieczenia

[→ Spis treści](#)

Ubezpieczasz mienie w ramach ochrony nieruchomości w Allianz. Przewodnik po ubezpieczeniu Mój Dom zawiera ogólne warunki ubezpieczenia.

Na podstawie złożonego przez Ciebie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, tych ogólnych warunków ubezpieczenia zawierasz z Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna umowę ubezpieczenia, którą potwierdzamy polisą.

W tych ogólnych warunkach ubezpieczenia znajdują się informacje na temat:

- zakresu każdego pakietu (co obejmuje i czego nie obejmuje ubezpieczenie),
- obowiązków Twoich oraz Ubezpieczonego,
- procesu likwidacji szkody,
- najważniejszych elementów umowy,
- danych kontaktowych do Allianz,
- pojęć używanych przez nas w tym przewodniku, czyli definicji.

Gdy piszemy **Ty**, mamy na myśli **Ubezpieczającego**, czyli osobę zawierającą umowę i odpowiedzialną za płacenie składki.

Gdy piszemy **Ubezpieczony**, mamy na myśli osobę, którą chronimy na podstawie zawartej umowy, przy czym zwracamy w tym zakresie uwagę na definicję Ubezpieczonego.

Gdy piszemy **my**, mamy na myśli Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A.

Gdy piszemy **umowa**, mamy na myśli umowę ubezpieczenia zawartą z Tobą, dotyczącą domu lub mieszkania, które chcesz żebyśmy objęli ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy.

Zwróć uwagę, że część usług świadczonych w ramach tych ogólnych warunków ubezpieczenia może być wykonywana w naszym imieniu

1 WSTĘP DO TWOJEGO UBEZPIECZENIA

przez inne firmy. Usługę w zakresie assistance świadczy w naszym imieniu AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie.

Zapoznaj się z rozdziałem Definicje, w którym wyjaśniamy wszystkie pojęcia używane w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Możemy zdefiniować niektóre słowa inaczej niż są powszechnie rozumiane. Jeśli definiujemy jakieś pojęcie, zawsze używając go w ogólnych warunkach ubezpieczenia, rozumiemy je zgodnie z tym, co opisaliśmy w rozdziale Definicje.

Jeśli masz pytania skontaktuj się z nami:

- przez telefon 224 224 224*
- lub przez naszą stronę internetową www.allianz.pl

Ochrona danych osobowych

Jesteśmy administratorem danych osobowych, które zbieramy w związku z zawarciem i wykonaniem umowy zawartej na podstawie tych ogólnych warunków ubezpieczenia.

Pełną treść klauzuli informacyjnej opisującej zasady przetwarzania przez nas danych osobowych otrzymasz przed zbieraniem danych. Informacje te dostępne są dla wszystkich na stronie internetowej: www.allianz.pl.

* Opłata za połączenie zgodna z taryfą danego operatora

Opis produktu i warunki ubezpieczenia

Przedstawiamy ubezpieczenie
Mój Dom z trzema pakietami
z różnym zakresem ochrony.

[→ Spis treści](#)

Co obejmuje ubezpieczenie

1. W tym rozdziale znajdziesz informacje o zakresie ochrony. Piszemy, co jest przedmiotem ubezpieczenia i co nie może nim być. Podajemy, gdzie działa ubezpieczenie oraz co zawierają pakiety.

2.1

[→ Spis treści](#)

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

2. Zwróć uwagę, że ubezpieczenie obejmuje tylko zakres pakietu, który wybrałeś we wniosku o zawarcie umowy, a my potwierdziliśmy w polisie. Dokładny zakres ubezpieczenia znajdziesz w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

3. Możemy wprowadzić w umowie postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia. Takie postanowienia powinny być przez obie strony (Ty i my) zaakceptowane w formie pisemnej.

Jaki jest przedmiot ubezpieczenia

4. Przedmiotem ubezpieczenia są przedmioty, które obejmujemy ochroną. Są to rzeczy:

- 4.1. które są własnością Ubezpieczonego lub
- 4.2. które Ubezpieczony posiada na podstawie spółdzielczego prawa do lokalu lub budynku, ustanowionego na jego rzecz, lub
- 4.3. które Ubezpieczony posiada na podstawie umowy cywilnoprawnej lub innego tytułu prawnego.

5. Przedmiotem ubezpieczenia mogą być:

- 5.1. dom lub mieszkanie,
- 5.2. dom w budowie lub mieszkanie w budowie,
- 5.3. dom letniskowy,
- 5.4. lokal gospodarczy (w tym w budowie), który znajduje się w tym samym budynku co ubezpieczone mieszkanie,
- 5.5. budynek gospodarczy (w tym w budowie), który znajduje się w tej samej miejscowości co ubezpieczony dom, mieszkanie, a w przypadku ubezpieczenia budynku gospodarczego wraz z domem letniskowym na terenie tej samej posesji,
- 5.6. elementy działki,
- 5.7. ruchomości domowe,
- 5.8. przedmioty wartościowe,
- 5.9. przedmioty szklane,
- 5.10. mienie na tarasie i w ogrodzie,
- 5.11. materiały budowlane, które znajdują się w domu w budowie lub w mieszkaniu w budowie,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

o ile ani Ty, ani Ubezpieczony, ani żadna inna osoba nie wykorzystujecie ich do prowadzenia działalności gospodarczej (przy czym ten warunek nie dotyczy wyjątku wskazanego w punkcie 8. poniżej oraz sprzętu firmowego, który zaliczamy do ruchomości domowych).

6. Jeżeli ubezpieczasz budynek lub lokal, to obejmujemy ochroną też jego stałe elementy wykończeniowe. W przypadku, gdy ubezpieczasz tylko ruchomości domowe, wtedy obejmujemy ochroną także stałe elementy wykończeniowe.

7. Jeżeli ubezpieczasz mieszkanie w budynku, w którym wydzielono maksymalnie 4 mieszkania, możemy objąć ochroną również udział Ubezpieczonego w częściach wspólnych, nie obejmujemy ochroną części wspólnych w ramach assistance.

8. Możemy ubezpieczyć dom, mieszkanie lub budynek gospodarczy, w którym jest prowadzona działalność gospodarcza na powierzchni nieprzekraczającej 50% powierzchni całkowitej tego mieszkania, domu lub budynku gospodarczego – jeśli zgłosisz nam to przed zawarciem umowy, a my potwierdzimy ten fakt w polisie. Ograniczenia dotyczącego powierzchni nie stosujemy do działalności polegającej wyłącznie na wynajmie na cele mieszkaniowe.

9. Gdy dom w budowie lub mieszkanie w budowie zostaną ukończone w czasie trwania umowy, sumę ubezpieczenia:

- 9.1. dla domu w budowie lub mieszkania w budowie uznamy za sumę ubezpieczenia odpowiednio dla domu lub mieszkania,
- 9.2. dla budynku gospodarczego w budowie lub lokalu gospodarczego w budowie uznamy za sumę ubezpieczenia odpowiednio dla budynku gospodarczego lub lokalu gospodarczego,
- 9.3. dla materiałów budowlanych uznamy za sumę ubezpieczenia dla ruchomości domowych.

10. Odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym obejmuje odpowiedzialność za szkody majątkowe i osobowe wyrządzone osobom trzecim przez Ubezpieczonego.

11. Assistance obejmuje organizację albo organizację i pokrycie kosztów usług assistance.

Co nie jest przedmiotem ubezpieczenia

12. Niezależnie od wybranego przez Ciebie pakietu, ochroną nie obejmujemy wymienionych poniżej obiektów i mienia, które się w nich znajduje.

Są to:

- 12.1. opuszczone budynki lub lokale (pustostany),
- 12.2. obiekty budowlane i domy letniskowe na terenie ogrodów działkowych,
- 12.3. obiekty budowlane, które nie są połączone trwale z gruntem, w tym kioski, pawilony, barakowozy,
- 12.4. pokrycia namiotowe, tymczasowe zadaszenia, namioty, parasole, tunele foliowe, powłoki pneumatyczne, garaże metalowe, tymczasowe obiekty budowlane – w tym ze szkieletem,
- 12.5. wolnostojące obiekty oszklone, chyba, że umówiliśmy się z Tobą, że rozszerzymy naszą odpowiedzialność o ubezpieczenie mienia na tarasie i w ogrodzie, co potwierdzimy w polisie,
- 12.6. domy lub mieszkania, które z powodu stanu technicznego nie nadają się do zamieszkania, czyli nie spełniają zasad bezpieczeństwa konstrukcji, bezpieczeństwa pożarowego lub użytkowania, wymogów higienicznych i zdrowotnych, także budynki lub lokale przeznaczone do rozbiórki, przy czym to wyłączenie nie dotyczy domu w budowie oraz budynku gospodarczego w budowie, lokalu gospodarczego w budowie i mieszkania w budowie.

13. Ochroną nie są objęte również:

- 13.1. przedmioty wartościowe, wartości pieniężne, biżuteria, sprzęt audiowizualny, komputerowy, fotograficzny, optyczny, elektroniczny, urządzenia do nawigacji GPS, instrumenty muzyczne, dokumenty – przechowywane w budynkach gospodarczych lub lokalach gospodarczych lub na zabudowanych: balkonach, loggiach lub tarasach,
- 13.2. przedmioty wartościowe, wartości pieniężne, biżuteria – przechowywane w domach letniskowych,
- 13.3. materiały opałowe i paliwa,
- 13.4. pojazdy, które podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej,
- 13.5. straty finansowe, które powstały na skutek utraty haseł, tokenów, kodów dostępu do rachunków lub usług bankowych,
- 13.6. dane zapisane na wszelkiego rodzaju nośnikach danych,
- 13.7. straty niematerialne, utracone zyski, straty wody i innych cieczy, gazu, prądu.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

14. Przedmioty ubezpieczenia (wskazane w polisie) objęte są ochroną w ramach wybranego przez Ciebie pakietu z następującymi wyjątkami:

- 14.1. mienie na tarasie i w ogrodzie ubezpieczamy tylko w zakresie pakietu KOMFORT,
- 14.2. jeżeli dom w budowie, mieszkanie w budowie lub budynek gospodarczy w budowie, lokal gospodarczy w budowie nie jest w stanie surowym zamkniętym, obejmujemy go ochroną tylko w zakresie pakietu KOMFORT. Za budynek w stanie surowym zamkniętym uważamy taki, w którym wygradzone są ściany i posiada on zamontowane okna, drzwi zewnętrzne oraz dach.

Gdzie działa ubezpieczenie

15. Przedmiot ubezpieczenia obejmujemy ochroną w miejscu ubezpieczenia wskazanym przez Ciebie w umowie i potwierdzonym przez nas w polisie – zgodnie z wybranym przez Ciebie pakietem, które znajduje się na terenie Polski.

16. W zakresie assistance, pomoc specjalistów świadczymy w miejscu ubezpieczenia wskazanym przez Ciebie w umowie i potwierdzonym przez nas w polisie.

17. Ochronę OC w życiu prywatnym świadczymy na terenie całego świata, z wyłączeniem Stanów Zjednoczonych Ameryki i Kanady.

Jak określamy sumy ubezpieczenia, sumy gwarancyjne i limity odpowiedzialności

18. Suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna i limity odpowiedzialności to maksymalne kwoty, do których odpowiadamy w ramach umowy, którą z Tobą zawarliśmy. Odnoszą się one do każdego rodzaju ubezpieczenia, przedmiotu ubezpieczenia oraz zdarzenia ubezpieczeniowego. Kwoty te stanowią górną granicę naszej odpowiedzialności z umowy dla jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych łącznie.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

19. W ubezpieczeniu OC w życiu prywatnym suma gwarancyjna stanowi limit odpowiedzialności dla każdego i wszystkich poszkodowanych łącznie.

20. Ty deklarujesz sumę ubezpieczenia oraz sumę gwarancyjną. Ustalenie sumy ubezpieczenia powyżej wartości przedmiotu ubezpieczenia nie wpływa na naszą odpowiedzialność ani na wysokość odszkodowania. Odpowiadamy tylko do wysokości faktycznie poniesionej szkody w ramach uzgodnionych sum ubezpieczenia, sumy gwarancyjnej i limitów odpowiedzialności.

21. Jeżeli chcesz ubezpieczyć udział w częściach wspólnych budynku, w którym wydzielono maksymalnie 4 mieszkania, dodaj do sumy ubezpieczenia mieszkania wartość tego udziału. Udział ten ustala się na podstawie Twojej deklaracji.

22. Suma ubezpieczenia dla ubezpieczanego przez nas mienia określona jest na podstawie:

- 22.1. wartości rynkowej dla: mieszkania, udziału w częściach wspólnych, lokalu gospodarczego i przedmiotów wartościowych,
- 22.2. wartości odtworzeniowej (nowej) dla:
 - 22.2.1. domu, budynku gospodarczego i elementów działki, gdy liczony od roku budowy:
 - wiek budynku palnego nie przekracza 30 lat,
 - wiek budynku innego niż budynek palny nie przekracza 65 lat,
 - 22.2.2. domu letniskowego i budynku gospodarczego, który znajduje się na tej samej posesji co objęty ochroną ubezpieczeniową dom letniskowy, gdy liczony od roku budowy:
 - wiek budynku palnego nie przekracza 20 lat,
 - wiek budynku innego niż budynek palny nie przekracza 30 lat,
 - 22.2.3. ruchomości domowych, materiałów budowlanych,
 - 22.2.4. mienia na tarasie i w ogrodzie, przy czym dla drzew i krzewów wartość obliczamy według średnich ich cen stosowanych w województwie, na którego obszarze znajduje się miejsce ubezpieczenia,
- 22.3. wartości kosztorysowej dla domu w budowie lub mieszkania w budowie, budynków gospodarczych w budowie lub lokali gospodarczych w budowie obliczanej według średnich cen i usług stosowanych w województwie, na którego obszarze znajduje się miejsce ubezpieczenia,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 22.4. wartości rzeczywistej, w każdym innym przypadku niż wskazanym wyżej, chyba że podczas zawierania umowy ustalimy z Tobą inaczej i potwierdzimy to w polisie.

23. Sumy ubezpieczenia, suma gwarancyjna i limity odpowiedzialności w umowach zawartych na okres dłuższy niż rok w każdą rocznicę początku okresu ubezpieczenia powracają do wartości wskazanych w dniu zawarcia umowy.

24. Korzystanie z usług assistance jest ograniczone do czterech zdarzeń ubezpieczeniowych oraz do kwoty 1 800 złotych, w tym do 100 złotych na części zamienne na każde zdarzenie w okresie ubezpieczenia.

25. W ubezpieczeniu assistance przed rozpoczęciem wykonywania usługi poinformujemy Cię o kosztach przekraczających wartość limitu wskazanego powyżej. Koszty usług obliczamy według stawek rynkowych dla usług tych specjalistów w województwie, w którym świadczone usługę.

26. Nasza odpowiedzialność jest ograniczona do limitów dla poniżej wymienionego mienia:

- 26.1. sprzęt firmowy – 20% sumy ubezpieczenia dla ruchomości domowych, ale nie więcej niż 20 000 złotych łącznie na całość sprzętu firmowego (limit nie dotyczy mienia, które zostało powierzone Ubezpieczonemu przez jego pracodawcę),
- 26.2. rzeczy gości – do 5 000 złotych łącznie na wszystkie rzeczy gości, ale nie więcej niż suma ubezpieczenia dla ruchomości domowych,
- 26.3. przedmioty wartościowe – 10% sumy ubezpieczenia dla ruchomości domowych, ale nie więcej niż 10 000 złotych łącznie na wszystkie przedmioty wartościowe z zastrzeżeniem możliwości, o której mowa w punktach 27. i 28.,
- 26.4. wartości pieniężne – 10% sumy ubezpieczenia dla ruchomości domowych, w tym gotówki, ale nie więcej niż 10 000 złotych,
- 26.5. ruchomości domowe na zabudowanych: balkonach, loggiach lub tarasach – do 5 000 złotych łącznie na wszystkie ruchomości domowe, ale nie więcej niż suma ubezpieczenia dla ruchomości domowych,
- 26.6. stałe elementy wykończeniowe i ruchomości domowe, znajdujące się w budynkach gospodarczych lub lokalach gospodarczych – 30% sumy ubezpieczenia dla ruchomości domowych.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

27. Na wniosek Ubezpieczającego ochrona ubezpieczeniowa może zostać rozszerzona o przedmioty wartościowe powyżej limitu wskazanego w ustępie 26.3. (10% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych, ale nie więcej niż 10 000 złotych), jeśli podasz nam we wniosku odrębną sumę ubezpieczenia dla przedmiotów wartościowych, a my potwierdzimy to w polisie.

28. Na wniosek Ubezpieczającego ochrona ubezpieczeniowa może zostać rozszerzona o przedmioty wartościowe (których wartość jednostkowa przekracza 10 000 złotych) powyżej limitu wskazanego w ustępie 26.3., jeśli Ubezpieczony udokumentował ich posiadanie i wartość, na przykład wycenami rzeczoznawców lub rachunkami zakupu danych przedmiotów wartościowych, a my potwierdzimy to w polisie.

Przykład

Wybierasz pakiet MAX i ubezpieczasz ruchomości domowe na kwotę 30 000 złotych od pożaru i innych zdarzeń losowych oraz na kwotę 15 000 złotych od kradzieży z włamaniem. Oznacza to, że jednocześnie obejmujemy ochroną przedmioty wartościowe do:

- 3 000 złotych od pożaru i innych zdarzeń losowych (10% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych),
- 1 500 złotych od kradzieży z włamaniem (10% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych).

29. Obejmujemy ochroną szkody w ruchomościach domowych o wartości jednostkowej powyżej 15 000 złotych oraz zbiory przedmiotów o łącznej wartości powyżej 30 000 złotych – tylko jeśli:

- 29.1. zostały zgłoszone do ubezpieczenia i udokumentowane poprzez sporządzenie indywidualnego spisu, który powinien być dołączony do wniosku o zawarcie umowy lub
- 29.2. fakt ich posiadania i wartość zostały udokumentowane dowodem potwierdzającym nabycie danej ruchomości.

30. Nasza odpowiedzialność jest ograniczona do limitów dla poniżej wymienionych zdarzeń:

- 30.1. napad uliczny – do 10 000 złotych (w tym 1 000 złotych na gotówkę), nie więcej niż limit odpowiedzialności dla kradzieży z włamaniem,
- 30.2. finansowanie działań po szkodzie – do 20% sumy ubezpieczenia uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia,
- 30.3. kradzież zwykła – do 5 000 złotych, z wyjątkiem jednostek zewnętrznych pompy ciepła, dla których limit wynosi 20 000 złotych,
- 30.4. szkody z tytułu OC w życiu prywatnym wyrządzone przez urządzenia latające, w tym drony – do 3 000 złotych.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

31. Możesz zmniejszyć swoją składkę, jeśli wybierzesz udział własny w wysokości 200 złotych. To oznacza, że wysokość odszkodowania zostanie obniżona o tę kwotę przy każdej szkodzie rzeczowej. Jeśli w wyniku szkody jest kilku poszkodowanych, obniżymy każde wypłacone odszkodowanie dla każdej osoby poszkodowanej o kwotę 200 złotych. Udział własny nie dotyczy ubezpieczenia assistance oraz szkód osobowych w ubezpieczeniu OC w życiu prywatnym.

32. W przypadku szkody bierzemy pod uwagę sumę ubezpieczenia i limit odpowiedzialności ubezpieczonego mienia dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego. Wysokości sumy ubezpieczenia i sumy gwarancyjnej wskazane zostały w polisie oraz niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Co zawierają pakiety

Oferujemy ochronę w ramach trzech pakietów ubezpieczenia Mój Dom.

33. Poniżej znajdziesz informacje na temat zakresu poszczególnych pakietów. Wybrany przez Ciebie zakres ubezpieczenia potwierdzimy w polisie. Szczegółowe omówienie poszczególnych zakresów ubezpieczenia znajdziesz w dalszej części podrozdziału 2.1. Znak „•” postawiony przy danym pakiecie oznacza objęcie danych ryzyk ochroną, a brak wskazanego znaku oznacza że pakiet nie przewiduje takiej ochrony.

Zakres

KOMFORT

PLUS

MAX

Pożar i zdarzenia losowe	Obejmujemy ochroną szkody, które powstały na skutek działania: pożaru, eksplozji, implozji, uderzenia pioruna i uderzenia lub upadku statku powietrznego.	●	●	●
Ryzyka katastroficzne i inne zdarzenia	Obejmujemy ochroną szkody, które powstały na skutek działania deszczu i gradu, silnego wiatru, śniegu i lodu, pęknięcia mrozowego rur lub instalacji, obsunięcia ziemi, lawiny, zapadania ziemi, dym i sadza, uderzenie pojazdu mechanicznego, upadku drzew i budowli, katastrofy budowlanej, uderzenia fali dźwiękowej. Objęcie ochroną ryzyka powodzi uzależniamy od oceny zagrożenia powodziowego w miejscu ubezpieczenia na podstawie złożonego przez Ciebie wniosku. Jeśli stwierdzimy, że istnieje możliwość objęcia ochroną wskazanego przez Ciebie we wniosku miejsca ubezpieczenia, to potwierdzimy to w polisie.	●	●	●
Assistance	Zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy specjalistów (np. hydraulika, elektryka, ślusarza) oraz naprawy w razie awarii sprzętu AGD.	●	●	●
OC w życiu prywatnym	Obejmujemy ochroną odpowiedzialność cywilną w życiu prywatnym za szkody wyrządzone osobom trzecim i szkody w ich mieniu.	●	●	●
Koszty dodatkowe	Pokryjemy koszty akcji ratowniczej, koszty działań po szkodzie oraz udzielimy ochrony dla ruchomości domowych po przeprowadzce w nowym miejscu zamieszkania, w dotychczasowym zakresie, przez 30 dni od momentu otrzymania przez nas informacji o przeprowadzce.	●	●	●
Zalanie	Obejmujemy ochroną szkody spowodowane nagłym wyciekiem pary, wody lub innej cieczy, w tym powstałych w wyniku awarii instalacji wodociągowej lub kanalizacyjnej.		●	●
Stłuczenie przedmiotów szklanych	Obejmujemy ochroną szkody na skutek stłuczenia przedmiotów szklanych oraz pokryjemy dodatkowe koszty, które powstały w związku z tym zdarzeniem ubezpieczeniowym.		●	●
Ryzyka kradzieżowe	Obejmujemy ochroną szkody w wyniku kradzieży z włamaniem i rabunku, kradzieży zwykłej oraz napadu ulicznego.			●
Dewastacja	Obejmujemy ochroną szkody powstałe w wyniku celowego uszkodzenia lub zniszczenia mienia przez osobę trzecią (czyli wandalizmu, w tym graffiti) lub szkody spowodowane przez zwierzęta inne niż zwierzęta domowe.			●
Przepięcie	Obejmujemy ochroną szkody spowodowane nagłą, krótkotrwałą zmianą napięcia zasilającego.			●
Trzęsienie ziemi (opcjonalnie do każdego pakietu)	Obejmujemy ochroną szkody spowodowane trzęsieniem ziemi.			

Pożar i zdarzenia losowe

Co jest objęte ochroną

34. Obejmujemy ochroną szkody spowodowane przez pożar i zdarzenia losowe. W tym zakresie ubezpieczamy:

- 34.1. pożar,
- 34.2. eksplozję,
- 34.3. implozję,
- 34.4. uderzenie pioruna,
- 34.5. uderzenie lub upadek statku powietrznego.

Ryzyka katastroficzne

Co jest objęte ochroną

35. Obejmujemy ochroną szkody spowodowane przez następujące ryzyka katastroficzne. W tym zakresie ubezpieczamy:

- 35.1. powódź – ubezpieczymy po tym jak ocenimy zagrożenie powodziowe w miejscu ubezpieczenia. O możliwości ubezpieczenia wskazanego przez Ciebie miejsca ubezpieczenia od skutków powodzi poinformujemy Cię przed zawarciem umowy i jeśli potwierdzisz chęć jej zawarcia, potwierdzimy to w polisie. Nasza odpowiedzialność za szkody powstałe w wyniku powodzi rozpoczyna się po 30 dniach od dnia rozpoczęcia ochrony (karencja) zgodnie z punktem 149.,
 - 35.2. deszcz i grad,
 - 35.3. napór śniegu i lodu,
 - 35.4. obsunięcie ziemi,
 - 35.5. lawinę,
 - 35.6. pękanie mrozowe rur lub instalacji,
 - 35.6.1. pękanie urządzeń kąpielowych, umywalek, sputczek, syfonów, wodomierzy, kotłów, bojlerów,
 - 35.6.2. pękanie rur dopływowych (wodociągowych) lub odpływowych (kanalizacyjnych), instalacji grzewczej, instalacji klimatyzacyjnej, instalacji tryskaczowej lub gaśniczej, oraz wyciek wody, pary lub cieczy, który powstał na skutek tych uszkodzeń.
- Wymienione rury i instalacje muszą się znajdować wewnątrz budynku lub lokalu, w którym była ujemna lub zerowa temperatura w wyniku wystąpienia awarii ogrzewania lub przerwy w dostawie prądu,

- 35.7. silny wiatr,
- 35.8. zapadanie ziemi,
- 35.9. dym i sadzę,
- 35.10. uderzenie fali dźwiękowej,
- 35.11. katastrofę budowlaną,
- 35.12. upadek drzew i budowli,
- 35.13. uderzenie pojazdu mechanicznego.

Co nie jest objęte ochroną

36. Nie obejmujemy ochroną skutków:

- 36.1. naturalnego osiadania budynku,
- 36.2. przenikania wody z gruntu chyba, że bezpośrednią przyczyną przenikania wody z gruntu jest powódź, a my objęliśmy jej skutki ubezpieczeniem. W żadnym przypadku nie obejmujemy ochroną przenikania wody z gruntu do ubezpieczonego budynku lub lokalu w budynku, który nie został zabezpieczony izolacją przeciwwilgociową, o ile miało to wpływ na wystąpienie szkody lub zwiększenie jej rozmiarów,
- 36.3. przesiąkania, czyli przedostania się opadów atmosferycznych przez niezamknięte lub niedomknięte okna, drzwi zewnętrzne lub inne otwory.

37. Nie obejmujemy kosztów związanych z demontażem, naprawą, remontem, ponownym ustawieniem oraz konserwacją masztów, dźwigów, kominów lub innych budowli oraz ich mocowań.

Assistance

Co jest objęte ochroną

Ochrona – której udzielamy Ubezpieczonemu w ramach assistance – to pomoc w nagłych wypadkach i naprawa w razie awarii sprzętu AGD. Świadczenia assistance mają na celu zapobiegnięcie pogorszeniu się warunków życia oraz zapobieżenie dalszym uszkodzeniom mienia.

Ochrona w nagłych wypadkach

38. W ramach sumy ubezpieczenia i limitów określonych dla assistance, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy specjalisty w miejscu ubezpieczenia (w tym koszty dojazdu i robocizny specjalisty, koszty części zamiennych, w poniższych przypadkach:

- 38.1. uszkodzenie instalacji wodno-kanalizacyjnej lub kanalizacji,
- 38.2. zablokowanie toalety, wanny, brodzika, zlewu, umywalki,
- 38.3. awaria instalacji elektrycznej,
- 38.4. awaria głównego systemu grzewczego lub zaopatrzenia w ciepłą wodę dostarczanego przez główny system grzewczy,
- 38.5. gdy drzwi wejściowe są zamknięte na zamek mechaniczny i gdy Ubezpieczony, nie może wejść lub wyjść z miejsca ubezpieczenia z powodu uszkodzenia, zagubienia, zatrząśnięcia, kradzieży kluczy lub uszkodzenia zamków w drzwiach wejściowych,
- 38.6. utraty kluczy do drzwi do miejsca ubezpieczenia,
- 38.7. gdy w miejscu ubezpieczenia pojawią się gryzonie, owady pasożytnicze, gniazda os lub szerszeni.

Naprawa w razie awarii sprzętu AGD

39. W ramach limitów określonych dla assistance, zorganizujemy i pokryjemy koszty naprawy (koszty dojazdu i pracy specjalisty oraz części zamiennych) w przypadku awarii sprzętu AGD, który spełnia łącznie poniższe warunki:

- 39.1. znajduje się w miejscu ubezpieczenia,
- 39.2. został zakupiony przez Ubezpieczonego jako sprzęt fabrycznie nowy,
- 39.3. w dniu awarii nie był starszy niż 5 lat, licząc od daty zakupu (jeśli nie jest dostępny dowód zakupu, wiek urządzenia zostanie zweryfikowany przez specjalistę na nasz koszt),
- 39.4. wartość każdego ze sprzętów AGD w chwili zakupu nie przekraczała 10 000 zł.

40. Przed podjęciem naprawy sprzętu, która spowoduje utratę gwarancji producenta – poinformujemy Ubezpieczonego o możliwości utraty gwarancji.

41. Po zgłoszeniu nam awarii zorganizujemy wizytę specjalisty w miejscu ubezpieczenia, aby zdiagnozować i ustalić, czy awarię można naprawić na miejscu, czy też konieczny jest transport sprzętu do serwisu. W przypadku, gdy uszkodzenie musi zostać naprawione w serwisie, pokryjemy koszty transportu, a specjalista ustali z Ubezpieczonym termin zwrotu naprawionego sprzętu.

Co nie jest objęte ochroną assistance

Ochroną assistance nie obejmujemy domu letniskowego, budynku gospodarczego lub lokalu gospodarczego (w tym w budowie), do których nie można dostać się wewnętrznymi drzwiami z mieszkalnego budynku głównego, domu w budowie lub mieszkania w budowie.

Nie obejmujemy ochroną:

- zdarzeń oraz ich skutków, które miały miejsce przed początkiem okresu ubezpieczenia,
- awarii lub przerw w dostawie mediów (w tym dostaw energii elektrycznej, wody lub gazu), niezależnie od ich przyczyny,
- uszkodzeń powstałych wskutek prowadzenia działalności gospodarczej lub zawodowej przez Ubezpieczonego,
- uszkodzeń i awarii, które wystąpiły w częściach wspólnych budynku,
- uszkodzeń będących wynikiem defektu produkcyjnego lub wad konstrukcyjnych, stwierdzonych przez producenta, importera lub dystrybutora, lub których skutkiem jest wycofanie produktu z rynku chyba że w ich następstwie wystąpi zdarzenie objęte ubezpieczeniem – wtedy odpowiadamy wyłącznie za skutki tego zdarzenia,
- uszkodzeń spowodowanych wadami w projekcie lub wadami produkcyjnymi,
- usług związanych z naprawą lub wymianą polegających na wymianie w sprzęcie bezpieczników, akumulatorów, żarówek, oprogramowania, uszczeltek, zawiasów, filtrów i węzów spustowych, paneli fotowoltaicznych, lamp, żyrandoli, LED-ów, świetlówek, halogenów, domofonów, wideofonów, bezpieczników, przedłużaczy, gniazdek elektrycznych, przełączników, bram, a także maszyn i urządzeń wykorzystywanych w prowadzonej przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej,
- uszkodzeń wynikających z napraw samodzielnie przeprowadzonych przez Ubezpieczonego,
- interwencji związanych z konserwacją instalacji elektrycznej, instalacji gazowej, instalacji hydraulicznej w miejscu ubezpieczenia,
- uszkodzeń, które powinny naprawić służby administracyjne lub służby pogotowia technicznego, energetycznego, wodno-kanalizacyjnego oraz gazowego,
- kosztów poszukiwania przyczyny uszkodzeń (np. kucie ścian, demontaż urządzeń, demontaż armatury łazienkowej).

Dodatkowo w ramach ochrony assistance nie obejmujemy ochroną szkód, które powstały na skutek:

- oficjalnie ogłoszonych klęsk żywiołowych,

- uderzenia lub upadku statku powietrznego, uderzenia fali dźwiękowej, katastrofy budowlanej, uderzenia pojazdu mechanicznego,
- upadku drzew w z powodu braku lub nienależytej ich konserwacji, wycinania lub przycinania przez Ubezpieczonego bez wymaganego przepisami prawa zezwolenia, zgłoszenia albo mimo sprzeciwu uprawnionego organu administracji.

OC w życiu prywatnym

Co jest objęte ochroną

42. Jeśli Ubezpieczony jest osobą fizyczną, obejmujemy ochroną jego odpowiedzialność cywilną w zakresie czynności życia prywatnego. Odpowiadamy za szkody rzeczowe i osobowe wyrządzone osobom trzecim, które wiążą się z wykonywaniem czynności życia prywatnego oraz posiadaniem mienia.

43. Odpowiadamy tylko za szkody wyrządzone nieumyślnie, również na skutek rażącego niedbalstwa.

44. Oprócz Ubezpieczonego obejmujemy ochroną osoby, które z nim mieszkają i prowadzą gospodarstwo domowe.

45. Obejmujemy ochroną tylko szkody, które powstały w związku z czynnościami życia prywatnego Ubezpieczonego, czyli takimi, które są ich aktywnościami pozazawodowymi i nie wiążą się z wykonywaniem przez nie obowiązków służbowych, pracą zarobkową lub prowadzeniem działalności gospodarczej.

46. Obejmujemy ochroną szkody, które powstały w wyniku:

- 46.1. zalania pochodzącego z budynku lub lokalu w miejscu ubezpieczenia – niezależnie od winy Ubezpieczonego, za które uważamy nagły wyciek pary, wody lub innej cieczy, który powstał na skutek:
 - 46.1.1. awarii – gdy samoistnie uszkodziły się: instalacja wodociągowa, połączenia giętkie, armatura, instalacja kanalizacyjna, wodny, parowy lub olejowy układ grzewczy lub klimatyzacja, pompy wodne, słoneczny układ ogrzewania wody, urządzenia połączone na stałe z systemem rur, także urządzenia, które stanowią wyposażenie użytkowe lub wystrój wewnątrz,

- 46.1.2. nieumyślnego pozostawienia otwartych kranów lub innych zaworów w instalacjach wymienionych w punkcie powyżej,
 - 46.1.3. cofnięcia się wody lub ścieków z kanalizacji,
 - 46.1.4. wycieku wody z łóżka wodnego lub z akwarium – gdy stłukło się akwarium lub samoistnie rozszczelnił się lub uszkodził osprzęt akwarium lub łóżko wodne,
 - 46.2. użytkowania lub posiadania nieruchomości wskazanej w polisie jako miejsce ubezpieczenia,
 - 46.3. udziału w zajęciach szkolnych w charakterze ucznia lub studenta,
 - 46.4. sprawowania przez Ubezpieczonego opieki nad osobami, którym z powodu wieku lub stanu psychicznego nie można przypisać winy,
 - 46.5. amatorskiego uprawiania sportu, to jest takiego, którego celem jest odpoczynek lub rozrywka,
 - 46.6. posiadania zwierząt domowych oraz do 5 ulów dla celów niehandlowych,
 - 46.7. posiadania i użytkowania dla własnych potrzeb:
 - 46.7.1. rowerów, wózków inwalidzkich lub dziecięcych, deskorolek lub hulajnóg,
 - 46.7.2. urządzeń latających, w tym dronów – do 5 kg, zdalnie kierowanych, bezałogowych i używanych wyłącznie w celach rekreacyjnych,
 - 46.7.3. urządzeń pływających: sprzętu lub łodzi bez silnika motorowego, jachtów o powierzchni żagla do 10 m²,
 - 46.8. krótkotrwałego (do 30 dni) użytkowania pomieszczeń lub budynków podczas wyjazdów turystycznych lub rekreacyjnych,
 - 46.9. OC najemcy,
 - 46.10. wykonywania obowiązków przez pomoc domową lub inne osoby zatrudnione przez Ubezpieczonego, gdy te obowiązki zleciły im osoby objęte ochroną, a szkody zostały wyrządzone osobom trzecim,
 - 46.11. pozostałych czynności życia prywatnego Ubezpieczonego.
47. Do wysokości sumy gwarancyjnej pokryjemy:
- 47.1. odszkodowania, które Ubezpieczony ma obowiązek zapłacić poszkodowanym osobom trzecim na podstawie przepisów prawa,
 - 47.2. niezbędne koszty procesu w sporze prowadzonym dla ochrony interesów Ubezpieczonego,
 - 47.3. koszty obrony w postępowaniu karnym w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, które powoduje odpowiedzialność Ubezpieczonego.

48. Obejmujemy ochroną wszystkie szkody seryjne, czyli wszystkie szkody, które są następstwem tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego, niezależnie od daty ich powstania oraz liczby osób poszkodowanych. Szkody takie będziemy traktować jako jedną szkodę.

49. Obejmujemy ochroną wszystkie szkody seryjne pod warunkiem, że zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło w trakcie trwania ochrony.

Co nie jest objęte ochroną

50. W ramach ubezpieczenia OC w życiu prywatnym nie obejmujemy ochroną szkód, które wynikają z:

- 50.1. prowadzenia przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej lub aktywności zawodowej (w tym zawodowym uprawianiem sportu),
- 50.2. praktycznej nauki przez Ubezpieczonego zawodu poza szkołą oraz działania przez niego w ramach wolontariatu,
- 50.3. pełnienia funkcji, również we wszelkiego rodzaju zrzeczeniach lub związkach, pełnienia służby lub sprawowania urzędu, pełnienia urzędu honorowego,
- 50.4. hodowli zwierząt, w tym drobiu, bydła, trzody chlewnej,
- 50.5. posiadania zwierząt innych niż zwierzęta domowe,
- 50.6. posiadania broni i jej używania oraz uczestnictwa w polowaniu,
- 50.7. posiadania, używania materiałów wybuchowych lub fajerwerków,
- 50.8. posiadania, kierowania, używania, uruchamiania pojazdów mechanicznych, pojazdów i urządzeń wodnych, statków powietrznych oraz innych urządzeń latających, z wyjątkiem pojazdów i urządzeń wymienionych w podpunktach 46.7.2. i 46.7.3.,
- 50.9. uprawiania sportów niebezpiecznych,
- 50.10. naruszenia praw autorskich, patentów, znaków towarowych i oznaczeń.

51. Nie obejmujemy ochroną też szkód, które:

- 51.1. polegają na utracie lub uszkodzeniu pieniędzy i innych środków płatniczych, kart płatniczych, papierów wartościowych, wszelkiego rodzajów dokumentów, zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych, archiwalnych, dzieł sztuki,
- 51.2. powstały w mieniu, które Ubezpieczony posiada na podstawie umowy najmu, wypożyczenia, dzierżawy, użyczenia, przechowania, leasingu lub innego tytułu umownego, z wyjątkiem szkód, które obejmujemy ochroną w OC najemcy,

- 51.3. powstały w związku z posiadaniem lub użytkowaniem nieruchomości innej niż wskazana jako miejsce ubezpieczenia,
- 51.4. są objęte ubezpieczeniem obowiązkowym, które Ubezpieczony już zawarł lub ma obowiązek zawrzeć,
- 51.5. powstały z przeniesienia choroby zakaźnej przez Ubezpieczonego lub znajdujące się pod jego opieką zwierzęta.

52. Nie pokrywamy roszczeń, które powstały pomiędzy:

- 52.1. osobami objętymi ochroną w ramach umowy,
- 52.2. osobami objętymi ochroną w ramach umowy a osobami wspólnie prowadzącymi gospodarstwo domowe z Ubezpieczonym,
- 52.3. osobami objętymi ochroną na podstawie umowy a pomocą domową podczas pracy na rzecz Ubezpieczonego,
- 52.4. osobami objętymi ochroną na podstawie umowy a podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, jeżeli osoba objęta ochroną prowadzi lub współprowadzi tę działalność gospodarczą, jest udziałowcem lub akcjonariuszem tego podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą.

53. Nie obejmujemy ochroną kar umownych, grzywien sądowych i administracyjnych, odszkodowań karnych oraz innych kar pieniężnych.

54. Nie pokrywamy dodatkowych kosztów, które wynikają z braku zgody Ubezpieczonego na zawarcie ugody z poszkodowanym lub zaspokojenie jego roszczeń (także gdy wysokość zasądzzonego odszkodowania jest wyższa, niż wynikało z proponowanej ugody).

Koszty dodatkowe

Co jest objęte ochroną

55. Obejmujemy ochroną udokumentowane i uzasadnione koszty poniesione przez Ubezpieczonego, które są skutkiem zdarzenia ubezpieczeniowego. Chronimy je do wysokości sumy ubezpieczenia i określonego w ustępie 30.2. limitu dla finansowania działań po szkodzie.

Są to:

Koszty akcji ratowniczych

56. Pokryjemy koszty działań Ubezpieczonego, które miały zapobiec zagrażającej szkodzie lub zmniejszyć jej rozmiar. Pokryjemy też – w granicach sumy ubezpieczenia – koszty:

- 56.1. działań nieskutecznych – jeśli były one celowe,
- 56.2. szkód w ubezpieczonym mieniu, które powstały w bezpośrednim następstwie akcji ratowniczej.

Finansowanie działań po szkodzie

57. Koszty działań, które finansujemy po szkodzie:

- 57.1. poszukiwanie i usunięcie przyczyn powstania awarii w instalacjach wodno-kanalizacyjnych i układach grzewczych w miejscu ubezpieczenia,
- 57.2. uprzątnięcie pozostałości po szkodzie, porządkowanie, rozbiórka, konieczne zmiany budowlane, demontaż i montaż nieuszkodzonego mienia, utylizacja,
- 57.3. osuszanie budynku lub lokalu,
- 57.4. zakwaterowanie zastępcze, gdy miejsce ubezpieczenia w całości nie nadaje się do zamieszkania.

58. Pokrywamy koszty zakwaterowania zastępczego Ubezpieczonego, gdy objęty przez nas ochroną dom lub mieszkanie w momencie powstania szkody były zamieszkiwane przez Ubezpieczonego na podstawie prawa własności, spółdzielczego własnościowego prawa do lokalu, pisemnej lub potwierdzonej innymi dokumentami umowy najmu.

59. Koszty wskazane w punkcie 58. pokryjemy, gdy dom lub mieszkanie nie nadaje się do zamieszkania. Koszty zakwaterowania zastępczego pokrywamy do dnia, do którego dom lub mieszkanie nie nadają się do zamieszkania. Jednak robimy to maksymalnie przez 90 dni. Pokryjemy koszty wynajęcia domu lub mieszkania zastępczego w Polsce o zbliżonym standardzie do ubezpieczonego domu lub mieszkania.

Ubezpieczenie podczas przeprowadzki

60. Jeśli obejmujemy ochroną ruchomości domowe, a Ubezpieczony przeprowadza się do innego domu lub mieszkania niż miejsce ubezpieczenia, wtedy ubezpieczamy ruchomości domowe również w nowym miejscu zamieszkania, jeśli Ubezpieczony zgłosi nam to co najmniej dzień przed przeprowadzką.

61. Ruchomości domowe chronimy w dotychczasowym zakresie w nowym miejscu zamieszkania przez 30 dni od momentu otrzymania przez nas tej informacji. Jeżeli ochroną objęte są również ryzyka kradzieżowe, to miejsce do którego Ubezpieczony się przeprowadził powinno spełniać minimalne zabezpieczenia przeciwkradzieżowe wymagane dla domu lub lokalu w miejscu ubezpieczenia określone w punkcie 82.

Co nie jest objęte ochroną

62. Nie obejmujemy ochroną:

- 62.1. kosztów naprawy pieców, bojlerów, podgrzewaczy i innych urządzeń połączonych z systemem rur instalacji wodno-kanalizacyjnej,
- 62.2. następujących kosztów dodatkowych: wyżywienie, opłaty za telefon, opłat za media, prowizje pośredników, transport, dojazd – gdy finansujemy koszty zakwaterowania zastępczego.



Zalanie

Co jest objęte ochroną

63. Obejmujemy ochroną szkody spowodowane przez zalanie.

64. Zalanie to nagły wyciek pary, wody lub innej cieczy, który powstał na skutek:

- 64.1. awarii, gdy w miejscu ubezpieczenia samoistnie uszkodziły się: instalacja wodociągowa, połączenia giętkie, armatura, instalacja kanalizacyjna, wodny, parowy lub olejowy układ grzewczy lub klimatyzacja, pompy wodne, słoneczny układ ogrzewania wody, urządzenia połączone na stałe z systemem rur, a także urządzenia, które stanowią wyposażenie użytkowe lub wystrój wnętrz,
- 64.2. awarii, gdy w miejscu ubezpieczenia samoczynnie uruchomiła się instalacja tryskaczowa lub gaśnicza,
- 64.3. cofnięcia się wody lub ścieków z kanalizacji,
- 64.4. nieumyślnego pozostawienia otwartych zaworów w warunkach przerwy w dopływie wody, jeżeli za dostarczenie wody jest odpowiedzialny dostawca zewnętrzny,
- 64.5. zalania dokonanego przez osoby trzecie wodą lub inną cieczą, z innego lokalu w budynku wielorodzinnym lub innego domu w zabudowie szeregowej lub bliźniaczej,
- 64.6. wycieku wody z łóżka wodnego lub z akwarium, gdy stłukło się akwarium lub samoistnie rozszczelnił się lub uszkodził osprzęt akwarium lub łóżko wodne,
- 64.7. topnienia śniegu lub lodu zalegającego na dachu lub innych elementach budynku, lokalu.

Stłuczenie przedmiotów szklanych

Co jest objęte ochroną

65. Obejmujemy ochroną szkody polegające na pęknięciu lub rozbiciu przedmiotów szklanych oraz koszty, które powstały w bezpośrednim związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym. Są to koszty:

- 65.1. oszklenia zastępczego,
- 65.2. obróbki powierzchniowej ubezpieczonego szkła,
- 65.3. ustawienia rusztowań lub użycia dźwigu,

- 65.4. naprawy elementów mocujących szybę w ramie i murze – uszkodzonych w związku z wybiciem szyby,
- 65.5. demontażu, montażu i transportu.

66. Obejmujemy ochroną również szkody w przedmiocie ubezpieczenia, które są bezpośrednim następstwem stłuczenia przedmiotów szklanych.

Ryzyka kradzieżowe

Co jest objęte ochroną

67. Zdarzenia ubezpieczeniowe, które obejmujemy ochroną, to:

- 67.1. kradzież z włamaniem i rabunek, w tym także zniszczenie lub uszkodzenie przedmiotu ubezpieczenia i zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, które powstało podczas kradzieży z włamaniem, rabunku lub przy próbie ich dokonania,
- 67.2. kradzież zwykłą,
- 67.3. napad uliczny.

W tym przypadku chronimy poniżej wskazane przedmioty, które Ubezpieczony utracił lub które uległy zniszczeniu wskutek napadu ulicznego:

- 67.3.1. odzież i kosmetyki,
- 67.3.2. torebkę, plecak, teczkę, portmonetkę, portfel, okulary, etui, parasol, słuchawki,
- 67.3.3. biżuterię, zegarek,
- 67.3.4. klucze i piloty do budynku lub lokalu i do alarmu,
- 67.3.5. gotówkę, kartę płatniczą, kredytową, charge i debetową,
- 67.3.6. dokumenty,
- 67.3.7. sprzęt elektroniczny, powerbank,
- 67.3.8. pomoce ortopedyczne, czyli wózek inwalidzki, chodzik, kule, protezy ortopedyczne,
- 67.3.9. holter, implant ślimakowy, aparaty słuchowe, pompy insulinowe, glukometry.

Co nie jest objęte ochroną

68. Nasza odpowiedzialność jest wyłączona w przypadku:

- 68.1. kradzieży z włamaniem, w sytuacji gdy mienie objęte ubezpieczeniem nie zostało zabezpieczone przed kradzieżą z włamaniem zgodnie z wymogami określonymi w podrozdziale 2.3., chyba że brak tych

zabezpieczeń lub brak ich uruchomienia nie miał wpływu na powstanie szkody lub jej rozmiar,

- 68.2. kosztów rozmów telefonicznych z numeru telefonu skradzionego w napadzie ulicznym oraz kosztów płatności zbliżeniowych dokonanych za pomocą telefonu skradzionego w napadzie ulicznym.

Dewastacja

Co jest objęte ochroną

69. Obejmujemy ochroną:

- 69.1. celowe, umyślne uszkodzenia lub zniszczenia przedmiotu ubezpieczenia, wyrządzone przez osoby trzecie niezamieszkujące z Ubezpieczonym (wandalizm, w tym graffiti),
- 69.2. szkody wyrządzone przez zwierzęta inne niż zwierzęta domowe.

Co nie jest objęte ochroną

70. Nie obejmujemy ochroną działań:

- 70.1. zwierząt, które należą do Ubezpieczonego lub osób z nim zamieszkujących,
- 70.2. ptaków,
- 70.3. owadów.

Przepięcie

Co jest objęte ochroną

71. Obejmujemy ochroną szkody spowodowane przez przepięcie. Jest to nagła, krótkotrwała zmiana napięcia zasilającego daną instalację lub urządzenie.

Co nie jest objęte ochroną

72. Nie obejmujemy ochroną szkód spowodowanych przez przepięcie w bezpiecznikach, wkładkach topikowych, stycznikach, odgromnikach, żarówkach oraz lampach.

Trzęsienie ziemi

Co jest objęte ochroną

73. Obejmujemy ochroną w zależności od Twojego wyboru, szkody spowodowane przez trzęsienie ziemi. Zakres obowiązuje pod warunkiem, że potwierdzimy go w polisie.



Wyłączenia ogólne

Poniżej wskazujemy, czego nie obejmujemy ochroną w ramach umowy.

2.2

[→ Spis treści](#)

2.2 WYŁĄCZENIA OGÓLNE

74. Wyłączenia odpowiedzialności zawarte w tym rozdziale mają zastosowanie do wszystkich pakietów ubezpieczeń określonych w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Nie obejmujemy ochroną szkód, które powstały na skutek:

- 74.1. umyślnego działaniem Twojego lub Ubezpieczonego, na rachunek którego zawarłeś umowę, w sytuacji szkód spowodowanych rażącym niedbalstwem Twoim lub Ubezpieczonego, na rachunek którego zawarłeś umowę, jesteśmy wolni od odpowiedzialności, chyba że wypłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności. Wyłączenie nie dotyczy ochrony udzielanej przez nas w ramach ubezpieczenia OC w życiu prywatnym oraz sytuacji, których skutkiem są szkody spowodowane przez pożar powstałe z włączonego żelazka, prostownicy, lokówki, suszarki do włosów, płyty indukcyjnej, gazowej lub elektrycznej, toster, frytkownicy, czajnika elektrycznego, grilla elektrycznego oraz ładowarki do telefonów komórkowych, laptopów, tabletów, gdzie odpowiadamy również jeśli szkody te spowodował Ubezpieczony wskutek rażącego niedbalstwa,
- 74.2. działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu w rozumieniu ustawy o trzeźwości, lub w stanie nietrzeźwości w rozumieniu tej ustawy, po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 74.3. prowadzenia w miejscu ubezpieczenia działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego lub inne osoby. To wyłączenie nie dotyczy domu, mieszkania lub budynku gospodarczego, w którym prowadzona jest działalność gospodarcza polegająca na wynajmie na cele mieszkaniowe lub działalność gospodarcza prowadzona jest na powierzchni nieprzekraczającej 50% i potwierdziliśmy ten fakt w polisie,
- 74.4. działań wojennych, konfliktów zbrojnych, środków represyjnych stosowanych przez organy państwa, terroryzmu, konfiskaty, nacjonalizacji, zajęcia, zarekwirowania, wywłaszczenia lub zniszczenia na podstawie decyzji, które podjęty uprawnione do tego władze,
- 74.5. działania energii jądrowej, promieniowania jonizującego,
- 74.6. szkód górniczych, tj. szkód o których mowa w prawie górniczym,
- 74.7. działania wibracji, drgań, hałasu, wilgoci, pleśni, insektów, grzyba, bakterii, roślin lub wirusów,
- 74.8. powolnego działania czynników atmosferycznych, termicznych, chemicznych i biologicznych,
- 74.9. wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczenia lub skażenia środowiska,

2.2 WYŁĄCZENIA OGÓLNE

- 74.10. naturalnego zużycia, utraty wartości z upływem czasu, pogarszania się właściwości użytkowych, wgniecenia, pęknięcia, zarysowania, odprysnięcia, zabrudzenia, odbarwienia,
- 74.11. działania wirusów komputerowych lub innego rodzaju programów, które zakłócają pracę jakiegokolwiek programu, komputera, sieci, telefonu – bez względu na to, czy zostały wprowadzone przez Ciebie, Ubezpieczonego, osobę trzecią, lub rozprzestrzeniły się w ramach użytkowania komputerów, lub sieci komputerowych,
- 74.12. prowadzenia robót budowlanych przez osoby, które nie posiadają stosownych uprawnień do ich prowadzenia, o ile ich posiadanie jest wymagane przepisami powszechnie obowiązującego prawa,
- 74.13. wykonania budowy lub przebudowy miejsca ubezpieczenia bez wymaganych prawem zezwoleń lub niespełniających wymagań prawa budowlanego lub budowy, lub przebudowy wykonanej niezgodnie z przepisami przeciwpożarowymi,
- 74.14. błędów w sztuce budowlanej lub wad konstrukcyjnych, materiałowych, projektowych ubezpieczonego domu, budynku lub budynku wielorodzinnego, w którym znajduje się ubezpieczone mieszkanie,
- 74.15. niewłaściwego użytkowania, przechowywania i konserwacji przedmiotu ubezpieczenia lub jego elementów,
- 74.16. utraty przedmiotu ubezpieczenia w wyniku przywłaszczenia, defraudacji, zagubienia, sprzedaży, darowizny, zamiany,
- 74.17. niezamieszkiwania lub nieużytkowania ubezpieczonego domu lub mieszkania nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 60 dni, chyba że zgłosiłeś nam ten fakt przed zawarciem umowy, a my potwierdziliśmy w polisie istnienie naszej odpowiedzialności w tym przypadku,
- 74.18. nie pokrywamy:
 - 74.18.1. utraty lub obniżenia wartości rynkowej, naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej, historycznej i artystycznej,
 - 74.18.2. kosztów zaprojektowania ogrodu i usług ogrodniczych w ubezpieczeniu mienia na tarasie i w ogrodzie,
 - 74.18.3. kosztów wynikających z tego, że nie są dostępne materiały potrzebne do przywrócenia przedmiotu ubezpieczenia do stanu sprzed szkody.

Obowiązki Twoje i Ubezpieczonego

W tej części znajdziesz informacje o tym, jakie są obowiązki Twoje jako Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego i jakie są nasze obowiązki jako Ubezpieczyciela, związane z umową.

2.3

[→ Spis treści](#)

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

75. Masz obowiązek ujawnić nam wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytaliśmy Cię we wniosku o zawarcie umowy albo w innych pismach przed zawarciem umowy. Jeśli zawierasz umowę przez przedstawiciela, on także ma ten obowiązek i obejmuje ponadto jemu znane okoliczności. Jeśli umowa zostanie zawarta, mimo że nie otrzymaliśmy odpowiedzi na określone pytania – uznajemy, że pominięte okoliczności były nieistotne. Jeśli w czasie trwania umowy okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy, zmieniają się, masz obowiązek poinformować nas o tym niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

Jeśli zawrzesz umowę na cudzy rachunek, obowiązki te spoczywają zarówno na Tobie, jak i na Ubezpieczonym. Wyjątkiem są sytuacje, gdy Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

76. Nie odpowiadamy za skutki okoliczności, o których nie wiedzieliśmy, pomimo że miałeś obowiązek (na podstawie punktu 75.) nas o nich poinformować. Jeśli Ty lub Ubezpieczony umyślnie nie ujawniliście nam tych okoliczności, w razie wątpliwości przyjmiemy, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, których nam nie ujawniono.

77. Jeśli zawierasz umowę na cudzy rachunek, powinieneś poinformować Ubezpieczonego o jej treści. Ubezpieczony ma prawo uzyskać od nas informacje o postanowieniach umowy, w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

78. Każde oświadczenie, które do nas wysyłasz, powinno zawierać dane identyfikujące Ciebie.

Obowiązki Ubezpieczonego dotyczące stanu mienia i obowiązkowe minimalne zabezpieczenia

79. Ubezpieczony ma obowiązek:

- 79.1. zapewnić, aby przedmiot ubezpieczenia był zgodny z przepisami przeciwpożarowymi i prawem budowlanym, w tym posiadał aktualne przeglądy techniczne,

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

- 79.2. utrzymać właściwy stan techniczny ubezpieczonego mienia, w tym przeprowadzać remonty okresowe i zapewnić bieżącą konserwację i użytkowanie mienia zgodnie z zaleceniami producenta, stosować środki zapobiegające zamarzaniu, zapewnić ogrzewanie w budynku lub lokalu,
- 79.3. zamknięcia, opróżnienia z wody oraz utrzymywania opróżnionych instalacji wodnych i grzewczych w domach jednorodzinnych, garażach wolnostojących, budynkach gospodarczych lub mieszkaniach czasowo nieużywanych i niedozorowanych,
- 79.4. zapewnić, że poza Ubezpieczonym klucze do zamków, kłódek, karty dostępu, piloty do zdalnego zamykania prowadzące do miejsca ubezpieczenia mają tylko osoby, które upoważnił on do ich przechowywania.

80. W przypadku naruszenia przez Ubezpieczonego obowiązków, o których mowa w punktach 79., 81. lub 82., zastosowanie mają wyłączenia, o których mowa w ustępie 74.1.

81. Wymagamy, aby w budynku lub lokalu:

- 81.1. sufity, ściany, podłogi, dachy były wykonane z trwałych materiałów, których nie da się zniszczyć lub sforsować bez użycia narzędzi,
- 81.2. wszystkie otwory w ścianach, sufitach, podłogach i dachach były tak zamknięte lub rozszczelnione, aby osoby nieuprawnione nie mogły się dostać do budynku lub lokalu inaczej niż poprzez włamanie. Pomieszczenie nie jest odpowiednio zabezpieczone, gdy jest zbudowane wyłącznie lub częściowo z siatki drucianej lub innych ażurowych konstrukcji, powłok z brezentu lub tworzyw sztucznych – jak konstrukcje pneumatyczne, namioty, tunele foliowe,
- 81.3. wszystkie drzwi zewnętrzne, które prowadzą do budynku lub lokalu były pełne, wbudowane i zamknięte oraz w takim stanie technicznym, aby nie można było ich wyłamać lub wyważyć bez użycia siły i narzędzi, lub otworzyć bez kluczy. Drzwi zewnętrzne częściowo przeszklone uznajemy za zabezpieczone, jeśli nie można ich otworzyć ani przedostać się do środka przez otwór wybity w szybie lub gdy przeszklenia są oszklone szkłem antywłamaniowym o klasie odporności co najmniej P3,
- 81.4. mienie ubezpieczone od kradzieży z włamaniem było dodatkowo zabezpieczone tak, jak opisaliśmy w tabeli nr 1 poniżej.

82. Jeżeli ubezpieczony budynek lub lokal są potączone jakimikolwiek otworami z budynkiem lub lokalem, które należą do osoby trzeciej – otwory te powinny być zabezpieczone co najmniej tak, jak opisaliśmy w tabeli nr 1 poniżej.

Tabela 1. Jak zabezpieczyć mienie

Zabezpieczenia przeciwkradzieżowe, których wymagamy

83. Drzwi zewnętrzne prowadzące do domu/mieszkania/domu letniskowego/domu w budowie/mieszkania w budowie	• 83.1. drzwi muszą być antywłamaniowe lub muszą mieć co najmniej jedno z następujących zabezpieczeń: – zamek z certyfikatem, – zamek wielopunktowy, – zamek wielozastawkowy, – kłódka wielozastawkowa, – zamek wielozastawkowy z zainstalowanym i stosowanym systemem alarmowym, – zamek elektroniczny z zainstalowanym i stosowanym systemem alarmowym. • 83.2. gdy limit odpowiedzialności dla kradzieży z włamaniem przekracza 200 000 złotych, dodatkowo wymagamy, aby Ubezpieczony zainstalował i stosował w budynku lub lokalu system alarmowy. • 83.3. biżuteria, kamienie szlachetne, perty i wszystkie inne przedmioty wykonane w czołoci lub w części ze złota, srebra i platyny, znaczki pocztowe, monety i medale oraz wartości pieniężne, których łączna wartość wynosi ponad 30 000 złotych muszą być przechowywane w sejfie.
84. Drzwi zewnętrzne prowadzące do lokalu gospodarczego/ budynku gospodarczego	Drzwi muszą być antywłamaniowe lub muszą mieć co najmniej jeden zamek wielozastawkowy albo kłódkę wielozastawkową.
85. Rowery na zabudowanych balkonach, tarasach, loggiach	Rowery muszą być przypięte zabezpieczeniem U-Lock, zapieciem składanym lub łańcuchem do stałych elementów budynku lub lokalu tak, aby nie można było ich zabrać bez użycia siły lub narzędzi.
86. Brama garażowa w domu	Brama musi mieć co najmniej mechanizm elektrycznego otwierania lub zamykania, lub zamek wielozastawkowy, lub kłódkę wielozastawkową.

Zabezpieczenia

Warunki, które muszą spełniać, abyśmy uznali je za zabezpieczenie przeciwkradzieżowe

87. Drzwi antywłamaniowe	Drzwi o podniesionej odporności na włamanie, które mają atest jednostki uprawnionej do certyfikacji.
88. Sejf	Wielocienna stalowa szafa zamykana na zamek, który ma atest jednostki uprawnionej do certyfikacji. Sejf musi być wbudowany w mur lub przytwierdzony na stałe do ściany lub podłogi.
89. System alarmowy	System alarmowy z monitoringiem oraz wezwaniem załóg interwencyjnych, który sygnalizuje włamanie w miejscu ubezpieczenia.
90. Zamek certyfikowany	Zamek o podwyższonej odporności na włamanie potwierdzony certyfikatem jednostki uprawnionej do certyfikacji.
91. Zamek elektroniczny	Zamek otwierany za pomocą złożonego kodu dostępu jak kod cyfrowy, karta magnetyczna, czytnik biometryczny lub przy użyciu telefonu komórkowego.
92. Zamek wielopunktowy	Zamek, który blokuje drzwi za pomocą co najmniej dwóch rygli w różnych punktach ościeżnicy.
93. Zamek wielozastawkowy/ kłódka wielozastawkowa	Zamek lub kłódka, do których klucz ma więcej niż dwa nacięcia prostopadłe do płoża klucza.

Nasze obowiązki

94. Mamy obowiązek odpowiedzieć kompletnie i rzetelnie na wszystkie Twoje pytania przed zawarciem umowy ubezpieczenia, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia oraz w procesie likwidacji szkody.

95. Gdy dojdzie do szkody, mamy obowiązek:

- 95.1. zrealizować wszystkie należne świadczenia,
- 95.2. poinformować Ubezpieczonego o zakończeniu procesu likwidacji szkody,
- 95.3. poinformować Ubezpieczonego, jeśli nie będziemy w stanie wywiązać się z terminów zakończenia procesu likwidacji szkody. Szczegóły znajdują się w części Ocena szkody,
- 95.4. wypłacić należne odszkodowanie lub świadczenie w złotych.

Szkoda – i co dalej?

2.4

[→ Spis treści](#)

Proces likwidacji szkody





Doszło do szkody

96. Jeśli dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony ma obowiązek wykorzystać dostępne środki, aby ochronić przedmiot ubezpieczenia i zapobiec powstaniu szkody lub ograniczyć jej rozmiary. Jeżeli umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa Ty lub Ubezpieczony nie zastosujecie tych środków, jesteście wolni od odpowiedzialności za szkodę powstałą z tego powodu.

97. Ubezpieczony powinien podjąć działania, które zapewniają bezpieczeństwo w miejscu ubezpieczenia oraz – o ile to zasadne ze względu na rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego oraz możliwe w okolicznościach danego zdarzenia ubezpieczeniowego – udzielić pomocy medycznej osobom poszkodowanym i zabezpieczyć ich mienie.

98. Gdy dojdzie do szkody, z uwzględnieniem rodzaju zdarzenia, Ty lub Ubezpieczony powinniście:

- 98.1. jak najszybciej, jednak nie później niż w ciągu 7 dni po tym, jak dojdzie do zdarzenia powodującego szkodę lub dowiedzie się, że ono zaistniało Ty lub Ubezpieczony (jeśli wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek) – zawiadomić nas o nim, podając nam informacje niezbędne do ustalenia przyczyny, zakresu i rodzaju szkody. Jeśli Ty lub Ubezpieczony (o ile wie o zawarciu umowy na jego rachunek) umyślnie lub przez rażące niedbalstwo nie poinformujecie nas o zdarzeniu, możemy odpowiednio zmniejszyć wypłacane odszkodowanie, gdy miało to wpływ na zwiększenie szkody lub nie pozwoliło nam ustalić okoliczności i skutków zdarzenia. Skutki braku zawiadomienia nas o zdarzeniu ubezpieczeniowym nie następują, jeżeli w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymaliśmy wiadomość o okolicznościach, które należało podać do naszej wiadomości,
- 98.2. w razie potrzeby wezwać służby ratownicze, np. straż pożarną, ratownictwo chemiczne,
- 98.3. jak najszybciej zawiadomić policję lub inny odpowiedni organ o wszystkich szkodach, które powstały w wyniku przestępstwa,

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

a dodatkowo również pogotowie ratunkowe, jeśli zdarzył się wypadek w którym zostali ranni lub zginęli ludzie,

- 98.4. pozostawić bez zmian miejsce zdarzenia ubezpieczeniowego aż do naszego przybycia, abyśmy mogli ustalić okoliczności szkody, ale nie dłużej niż przez 7 dni od zawiadomienia nas o szkodzie, chyba że konieczne jest zabezpieczenie mienia przed powiększeniem się szkody lub wymaga tego interes publiczny, lub inny ważny interes Ubezpieczonego,
- 98.5. umożliwić nam lub osobom działającym na nasze zlecenie ustalenie przyczyn i rozmiarów szkód, w tym, na nasze żądanie, zapewnić wskazanym przez nas osobom dostęp do przedmiotu ubezpieczenia na potrzeby jego oględzin,
- 98.6. dostarczyć nam dokumenty, o które prosimy i które są nam potrzebne, abyśmy mogli wypłacić odszkodowanie,
- 98.7. pomóc nam zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

OC w życiu prywatnym

99. Oprócz wymienionych punktów powyżej, jeśli Ubezpieczony dowie się o dochodzeniu roszczeń wobec siebie (również na drodze sądowej), powinien:

- 99.1. pomóc nam zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę,
- 99.2. jak najszybciej nas o tym powiadomić,
- 99.3. nie podejmować bez naszej zgody działań zmierzających do uznania lub zaspokojenia zgłoszonego roszczenia lub zawarcia ugody z osobą poszkodowaną.

100. Dane i dokumenty, o które prosimy:

- 100.1. informacje i dokumenty, które pozwolą nam ustalić okoliczności wystąpienia i rozmiary szkód oraz zbadać zasadność roszczenia,
- 100.2. wykaz utraconego lub uszkodzonego mienia oraz dokumentacja, na podstawie której przygotowano rachunek strat.

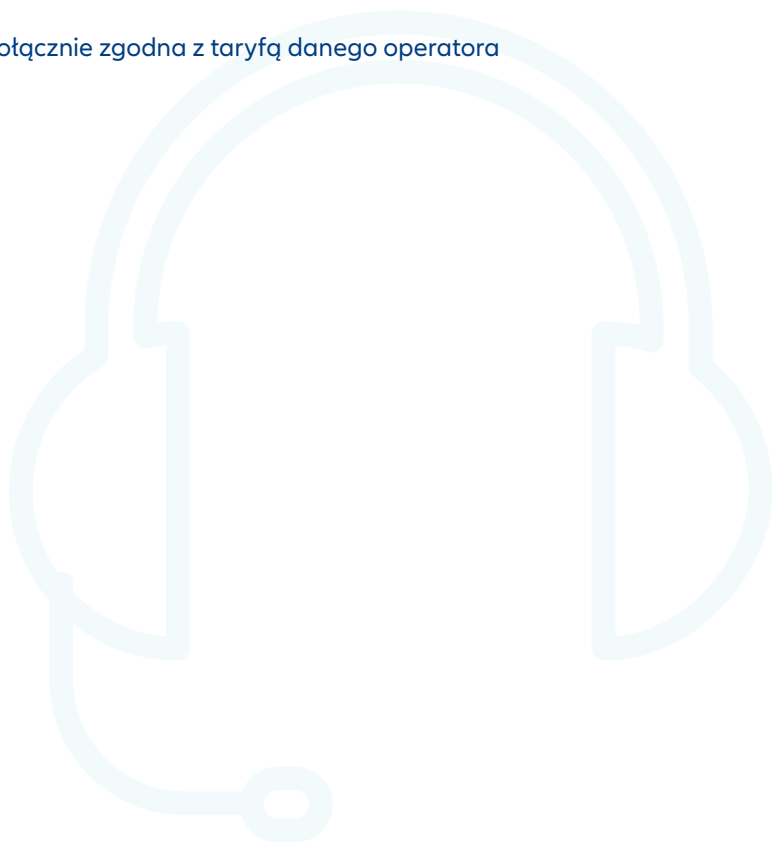


Zgłoszenie szkody

101. Najszybciej szkodę można zgłosić:

- za pośrednictwem formularza na naszej stronie internetowej www.allianz.pl,
- telefonicznie 224 224 224*.

* Opłata za połączenie zgodna z taryfą danego operatora





Ocena szkody

102. Wypłacamy odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia objętego ochroną po dokonaniu ustaleń stanu faktycznego lub na podstawie zawartej ugody, lub prawomocnego orzeczenia sądu.

103. Odszkodowanie ustalimy odpowiednio do wielkości szkody, maksymalnie do wysokości sum ubezpieczenia, sumy gwarancyjnej oraz limitów odpowiedzialności ustalonych w umowie. Wyliczymy je na podstawie cen z dnia wystąpienia szkody z uwzględnieniem wartości rynkowej, wartości odtworzeniowej, wartości rzeczywistej lub wartości kosztorysowej, w zależności od ubezpieczonego rodzaju mienia (zgodnie z zasadami opisanymi w punkcie 22.).

104. Odszkodowanie za ubezpieczone przedmioty wyliczamy na podstawie wartości przedmiotów tego samego gatunku, rodzaju, o takich samych wymiarach, jakości, parametrach technicznych co przedmiot ubezpieczenia.

105. Opieramy się na dokumentach, w tym na:

- 105.1. kosztorysie przygotowanym na podstawie ogólnopolskich ogólnie dostępnych publikacji cenowych, katalogów nakładów rzeczowych (jeśli chcesz możesz go nam przedstawić) albo na podstawie,
- 105.2. rachunków potwierdzających poniesione koszty.

106. Mamy prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kosztorysów, wykazów lub rachunków, co do zasad, zakresu robót i wysokości kosztów na podstawie publikacji cenowych o zasięgu ogólnopolskim oraz do szacowania kosztów robót budowlano – montażowych według średnich cen stosowanych w robotach budowlanych na danym terenie.

107. Jeżeli podczas weryfikacji okaże się, że wysokość kosztów przedstawiona przez Ubezpieczonego jest wyższa niż wartość określona zgodnie z zasadami opisanymi w punkcie 103., nasza odpowiedzialność jest

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

ograniczona do kwoty, która wynika z kalkulacji sporządzonej zgodnie z zasadami określonymi w tym punkcie.

108. Jeśli wystąpi szkoda całkowita – czyli gdy wartość naprawy jest wyższa niż wartość przedmiotu ubezpieczenia – wypłacimy odszkodowanie odpowiadające wartości przedmiotu ubezpieczenia z dnia wystąpienia szkody, w granicach sumy ubezpieczenia, sumy gwarancyjnej i limitów odpowiedzialności.

109. Jeśli wystąpi szkoda częściowa, pokryjemy udokumentowane koszty poniesione na naprawę uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia tylko do jego wartości z dnia wystąpienia szkody w granicach sumy ubezpieczenia, sumy gwarancyjnej i limitów odpowiedzialności.

110. Wartość pozostałości uszkodzonego lub zniszczonego przedmiotu ubezpieczenia, które nadają się do dalszego korzystania odliczamy od wysokości odszkodowania.

111. Wypłatę za szkody rzeczowe w OC w życiu prywatnym ustalamy w wartości rzeczywistej.

112. Dodatkowo w przypadku assistance możemy poprosić o:

- 112.1. w razie awarii sprzętu AGD – dowód zakupu, gwarancję producenta lub inny dokument, który potwierdzi datę zakupu uszkodzonego sprzętu – jeżeli jest dostępny,
- 112.2. w razie awarii lub uszkodzenia głównego systemu grzewczego lub awarii instalacji zaopatrującej w ciepłą wodę poprzez główny system ogrzewania – dowód lub inny dokument, który potwierdzi wykonanie ostatniej konserwacji kotła centralnego ogrzewania – jeżeli jest dostępny.



Realizacja świadczenia

Terminy realizacji świadczenia

113. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, informujemy o tym Ciebie lub Ubezpieczonego (jeżeli to nie Ty wystąpiłeś z tym zawiadomieniem), oraz podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności zdarzenia, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokość świadczenia, a także informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia, o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

114. W przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy.

115. Reguł opisanych w punktach 113. i 114. nie stosuje się do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach assistance, jeżeli świadczenie spełniliśmy bezpośrednio po zgłoszeniu nam zdarzenia ubezpieczeniowego lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.

116. Spełnimy świadczenie w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

117. Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeśli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe, przy zachowaniu naszej należytej staranności, wyjaśnić okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

118. Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

119. Jeżeli w terminach określonych powyżej nie wypłacimy odszkodowania lub świadczenia, nasz przedstawiciel pisemnie poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpiezonego (w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie), o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.

120. Jeśli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub jeśli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu, nasz przedstawiciel pisemnie poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpiezonego (w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

121. Wypłacamy odszkodowania i świadczenia w złotych. Jeśli kwota jest wyrażona w euro lub innej walucie obcej, wysokość wypłacanej kwoty ustala się przy zastosowaniu kursu średniego Narodowego Banku Polskiego na dzień powstania szkody.

Na rzecz kogo realizujemy świadczenie

122. Świadczenie realizujemy na rzecz:

- 122.1. Ubezpiezonego lub osoby przez niego upoważnionej lub
- 122.2. spadkobierców Ubezpiezonego, lub
- 122.3. następców prawnych osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej, lub
- 122.4. osoby trzeciej poszkodowanej przez Ubezpiezonego lub osobie upoważnionej przez poszkodowanego na wskazany przez niego rachunek bankowy, co dotyczy świadczenia wypłacanego przez nas w ramach OC w życiu prywatnym.

Wpływ wypłaty odszkodowania na sumę ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności

123. Sumę ubezpieczenia, sumę gwarancyjną oraz ustalony limit odpowiedzialności pomniejszamy o wysokość wypłaconego odszkodowania, które wypłaciliśmy odpowiednio za dany przedmiot albo rodzaj ubezpieczenia, a w przypadku assistance o kwotę odpowiadającą wysokości poniesionych przez nas kosztów usług na zasadach określonych w punkcie 22.

124. Nie pomniejszamy sumy ubezpieczenia ustalonej dla ruchomości domowych na skutek wypłaty odszkodowań w ramach tej sumy ubezpieczenia.

Roszczenie regresowe

125. Roszczenie regresowe polega na tym, że jeśli wypłacimy odszkodowanie, mamy prawo dochodzić jego zwrotu od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody. Roszczenia regresowego dochodzimy na następujących zasadach:

- 125.1. z dniem, w którym wypłacimy odszkodowanie, roszczenie wobec osoby odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na nas do wysokości wypłaconej kwoty. W sytuacji, gdy pokryliśmy szkodę jedynie w części, Ubezpieczony ma pierwszeństwo zaspokojenia przed naszymi roszczeniami,
- 125.2. nie przechodzą na nas roszczenia wobec osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.

126. W razie zajścia zdarzenia, Ubezpieczony jest zobowiązany zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

127. Jeżeli Ubezpieczony bez naszej zgody rzekł się roszczeń wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, możemy odmówić wypłaty odszkodowania lub odpowiednio je zmniejszyć. Jeżeli zostanie to ujawnione po wypłacie odszkodowania, możemy żądać od niego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.

Najważniejsze elementy umowy

W tej części informujemy o składce,
warunkach ubezpieczenia oraz sposobie,
w jaki może dojść do rozwiązania umowy.

2.5

[→ Spis treści](#)

Opłacanie składek

128. Wysokość składki określamy na podstawie taryfy, która obowiązuje w dniu zawarcia umowy lub aneksu do umowy. Najważniejszymi elementami mającymi wpływ na składkę są: przedmiot ubezpieczenia, wysokość zadeklarowanych sum ubezpieczenia lub limitów odpowiedzialności, zakres ubezpieczenia, miejsce ubezpieczenia, sposób zabezpieczenia mienia, rodzaj i palność budynków, długość okresu ubezpieczenia, historia szkodowa poprzednich umów ubezpieczenia, rodzaju działalności prowadzonej w miejscu ubezpieczenia, inne okoliczności mogące mieć wpływ na prawdopodobieństwo powstania lub wysokość szkody, o które pytaliśmy Cię przed zawarciem umowy.

129. Pytamy Cię o nie we wniosku o zawarcie umowy lub aneksu do umowy. Na wysokość składki mają też wpływ zniżki, które przyznajemy w danym okresie.

130. Jesteś zobowiązany opłacać składkę.

131. Jeśli nie umówiliśmy się inaczej, a zawierasz z nami umowę na okres:

- roku – składkę można opłacić jednorazowo albo w 2 ratach, płatnych co 6 miesięcy, albo 4 ratach, płatnych co kwartał,
- trzech lat – składkę można opłacić jednorazowo albo w 3 bądź 6 ratach, płatnych odpowiednio co 12 albo 6 miesięcy.

Wysokość składki i terminy jej zapłaty potwierdzimy w polisie.

132. Składkę możesz opłacić:

- przelewem bankowym lub korzystając z usługi płatniczej,
- przekazem pocztowym,
- kartą płatniczą,
- gotówką.

Za datę wpłaty przyjmujemy datę zlecenia przelewu w banku, nadania przekazu, płatności kartą lub zapłacenia składki naszemu przedstawicielowi uprawnionemu przez nas do pobierania składki. Składkę lub ratę składki uznamy za opłaconą w dniu, w którym na nasz rachunek wpłynie pełna kwota wymaganej składki lub jej raty.

133. Jeśli zapłacisz kwotę niższą niż wynikająca z umowy, uznamy, że składka lub jej rata nie została opłacona.

2.5 NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

134. Jeśli nasza odpowiedzialność się rozpoczęła, a Ty nie opłaciłeś składki lub jej pierwszej raty terminowo, mamy prawo wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i zażądać zapłaty składki przypadającej za okres naszej odpowiedzialności. Jeśli umowa nie zostanie rozwiązana w tym trybie, wygasa ona wraz z końcem okresu na jaki została zawarta umowa, za który miałeś obowiązek zapłacić tę składkę. Mamy wtedy prawo do składki za cały okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

135. Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie, jeśli nie opłacisz kolejnej raty składki w kwocie i terminie, które określa umowa, mimo że wystaliśmy Ci wezwanie po upływie terminu jej płatności, w którym:

- 135.1. wskazaliśmy wysokość nieopłaconej raty składki oraz dodatkowy 7-dniowy termin zapłaty,
- 135.2. poczyliśmy Cię, że jej brak spowoduje ustanie ochrony ubezpieczeniowej.

Jeśli nie wyślemy Ci takiego wezwania, ochrona ubezpieczeniowa nie wygasa, a nam przysługuje prawo do składki za cały okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

136. Jeśli z umowy wynika, że ochrona rozpoczyna się nie wcześniej niż z dniem zapłaty składki lub jej pierwszej raty, a zapłaciłeś składkę lub jej pierwszą ratę po dacie początku ochrony wskazanej w polisie, wówczas przysługuje Ci zwrot składki proporcjonalnie do skróconego okresu ochrony z powodu Twojego opóźnienia. W tej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem wskazanym w polisie.

137. Kiedy wystąpi zdarzenie ubezpieczeniowe powodujące obowiązek spełnienia świadczenia, które wyczerpie sumę ubezpieczenia – pozostała do zapłaty składka staje się natychmiast wymagalna. Możemy potrącić z kwoty należnego odszkodowania wymagalną składkę, która pozostała do zapłaty – o ile jesteś równocześnie Ubezpieczonym.

138. Jeśli ochrona wygaśnie przed końcem okresu, na który była zawarta umowa, masz prawo do zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

139. Gdy odstąpisz od umowy, przysługuje Ci zwrot niewykorzystanej części składki.

2.5 NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

140. W razie rozwiązania umowy przysługuje nam składka za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

141. Wysokość składki do zwrotu ustalamy proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.

142. Jeśli dojdzie do ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zarówno Ty jak i my możemy zażądać zmiany wysokości składki od momentu, w którym wystąpiła ta okoliczność, ale nie wcześniej niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. Jeśli z takim żądaniem wystąpi jedna ze stron umowy, druga strona może wypowiedzieć umowę w ciągu 14 dni ze skutkiem natychmiastowym.

Indeksacja sumy ubezpieczenia oraz składki

143. W umowach zawartych na okres dłuższy niż rok, przed rocznicą polisy, możemy zaproponować Ci podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz składki (indeksacja) dla następujących przedmiotów ubezpieczenia: mieszkania, domu, domu letniskowego, domu w budowie lub mieszkania. Indeksacja ma na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia:

- 143.1. proponowaną (nową) wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki ustalimy z użyciem wyrażonego w procentach wskaźnika indeksacji. Jako wskaźnik indeksacji przyjmujemy średnią arytmetyczną (z zaokrągleniem do dwóch miejsc po przecinku) z czterech ciekwartalnych, wyrażanych procentowo, wskaźników cen za okres 12 miesięcy liczonych do września (włącznie) roku poprzedzającego rok, w którym przypada rocznica polisy z danej umowy. Wskaźniki cen, jakich użyjemy oznaczają odpowiednio:
 - wskaźnik cen produkcji budowlano-montażowej w przypadku domów, domów letniskowych lub domów w budowie albo
 - wskaźnik cen lokali mieszkalnych w przypadku mieszkań. Wskaźniki te ogłasza i publikuje, po zakończeniu każdego z kwartalnych kwartałów, uprawniony do tego urząd. W dniu wejścia w życie tych warunków ubezpieczenia urzędem uprawnionym do

2.5 NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

ogłaszania i publikowania wskaźników, o których piszemy wyżej, jest Główny Urząd Statystyczny,

- 143.2. wysokość proponowanej sumy ubezpieczenia ustalimy poprzez podwyższenie dotychczasowej sumy ubezpieczenia (obowiązującej w okresie poprzedzającym daną rocznicę polisy, w związku z którą proponujemy indeksację) o wskaźnik indeksacji. Suma ubezpieczenia za okres przed rocznicą polisy, w związku z którą proponujemy indeksację, pozostanie bez zmian,
- 143.3. wysokość proponowanej składki ubezpieczeniowej ustalimy poprzez podwyższenie dotychczasowej składki (czyli składki w wysokości ustalonej zgodnie z punktami 128.-129. w związku z zawarciem umowy albo ustalonej na skutek indeksacji w związku z poprzednią rocznicą polisy) o wskaźnik indeksacji, z uwzględnieniem sumy ubezpieczenia w wysokości ustalonej zgodnie z ustępem 143.2.

W zależności od tego, jak jest opłacana składka, proponujemy Ci:

- w przypadku płatności składki w ratach – nową wysokość rat wymaganych po rocznicy polisy, w związku z którą proponujemy Ci indeksację (wysokość raty składki za okres przed daną rocznicą polisy, w związku z którą proponujemy indeksację pozostanie bez zmian);
- w przypadku jednorazowej płatności składki – dopłatę do dotychczasowej składki w postaci różnicy pomiędzy wysokością dotychczasowej składki powiększonej o wskaźnik indeksacji a wysokością składki dotychczasowej; wysokość różnicy określimy proporcjonalnie do czasu pozostałego do końca okresu ochrony z umowy,
- 143.4. możesz przyjąć przygotowaną przez nas propozycję indeksacji lub zrezygnować z niej,
- 143.5. jeśli zechcesz skorzystać z indeksacji, wpłacisz nam odpowiednio:
 - kolejną ratę składki (w wysokości zaproponowanej w związku z indeksacją) w terminach określonych w polisie albo
 - różnicę w składce, ustaloną zgodnie z ustępem 143.3. w terminie wskazanym w aneksie, o którym mowa w ustępie 143.7.

Twoja wpłata jednej z powyższych kwot będzie oznaczała, że wyrażasz zgodę na indeksację.

Jeśli nie chcesz skorzystać z indeksacji, a umówiliśmy się na składkę płatną w ratach, Twoje zobowiązanie do wpłaty kolejnej wymagalnej raty w dotychczasowej wysokości (wynikającej z polisy) pozostanie bez zmian. Natomiast w sytuacji, jeśli Twoja składka była jednorazowa, nie masz obowiązku wpłacania żadnej dodatkowej kwoty.

- 143.6. jeśli wyrazisz zgodę na indeksację, zmiany, które z niej wynikają, będą miały zastosowanie w umowie poczynszy od dnia rocznicy polisy,

2.5 NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

w związku z którą zaproponowaliśmy Ci indeksację. W przypadku płatności ratalnej przyjęcie indeksacji oznacza Twoje zobowiązanie do zapłaty również kolejnych rat w wysokości wynikającej z indeksacji,

- 143.7. wysokość składki oraz sumy ubezpieczenia po indeksacji potwierdzimy w aneksie do polisy,
- 143.8. pismną propozycję indeksacji przygotowujemy nie później niż na 14 dni przed rocznicą polisy.

Okres obowiązywania umowy

Rozpoczęcie ochrony

144. Nasza odpowiedzialność z tytułu umowy rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku o zawarcie umowy oraz potwierdzonym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Jednak – o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej – nie rozpocznie się ona wcześniej niż od następnego dnia po tym, jak zapłacisz składkę lub jej ratę.

145. Umowę zawieramy na rok albo trzy lata z zastrzeżeniem punktu 144. powyżej lub, o ile Ty i my (strony), nie ustalimy inaczej.

146. Przed złożeniem wniosku o zawarcie umowy otrzymasz od nas ten przewodnik oraz niezbędne formularze i inne dokumenty.

147. Umowę zawieramy z Tobą na Twój wniosek. Składasz go u naszego przedstawiciela lub za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość. Wniosek stanowi integralną część umowy. Umowa może być też zawarta poprzez przyjęcie przez Ciebie warunków złożonej przez nas oferty. Przed zawarciem umowy na odległość dodatkowo udostępnimy Ci regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną.

148. Zawarcie umowy potwierdzamy wystawiając polisę.

149. Nasza odpowiedzialność za szkody powstałe w wyniku powodzi rozpoczyna się po 30 dniach od dnia rozpoczęcia ochrony (karencja). Jeśli zawierasz kolejną umowę na ten sam przedmiot ubezpieczenia i zachowana jest ciągłość naszej ochrony od powodzi, nie zastosujemy 30-dniowej karencji. Przez ciągłość ochrony ubezpieczeniowej rozumiemy sytuację, w której Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na

2.5 NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

mocy kolejnych, następujących bezpośrednio po sobie umów ubezpieczenia zawartych z nami, bez dnia przerwy.

150. Po ocenie zagrożenia powodziowego karencji możemy nie stosować, gdy ubezpieczamy mieszkanie, lokale gospodarcze położone na kondygnacji powyżej parteru i ruchomości domowe, które się w nich znajdują, co potwierdzimy w Twojej polisie.

Odstąpienie od umowy

151. Jeśli umowa łącząca Cię z nami jest zawarta na dłużej niż 6 miesięcy, możesz odstąpić od niej w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeśli jesteś przedsiębiorcą, możesz to zrobić w ciągu 7 dni od zawarcia umowy. Nie musisz podawać przyczyn odstąpienia.

152. Jeśli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia umowy nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od umowy, termin 30 dni na odstąpienie od umowy liczony jest od dnia, w którym dowiesz się o tym prawie.

153. Jeśli jesteś konsumentem i zawrzesz umowę przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (np. internet), termin – w którym możesz odstąpić od umowy – wynosi 30 dni od dnia, w którym poinformowaliśmy Cię o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy o prawach konsumenta (liczy się termin późniejszy). Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. Nie musisz podawać przyczyn odstąpienia.

154. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy wyślij nam na piśmie, najpóźniej w ostatnim dniu terminu, w którym masz prawo do odstąpienia.

155. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Cię z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym zapewnialiśmy ochronę ubezpieczeniową.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

156. Nasza odpowiedzialność kończy się:

- 156.1. z upływem ostatniego dnia okresu, na jaki zawarliśmy umowę (okres ubezpieczenia),
- 156.2. z dniem Twojego odstąpienia od umowy,
- 156.3. z dniem wypowiedzenia umowy przez Ciebie lub przez nas w sytuacjach, o których mowa w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia,
- 156.4. z chwilą, w której wypłacimy świadczenie lub świadczenia w wysokości równej sumie ubezpieczenia, sumie gwarancyjnej lub limitów odpowiedzialności ustalonych w polisie (odpowiednio dotyczy to wartości świadczonych usług assistance). Ochrona wygasa tylko w stosunku do przedmiotu ubezpieczenia lub rodzaju ubezpieczenia, w którym suma lub limit się wyczerpały.

Wypowiedzenie umowy

157. Możemy wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym z wymienionych poniżej ważnych powodów:

- 157.1. gdy po zawarciu umowy ubezpieczenia wyjdą na jaw rozbieżności pomiędzy Twoimi oświadczeniami zawartymi we wniosku o zawarcie umowy a stanem faktycznym, niezależnie od tego czy mają one wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową,
- 157.2. jeśli Ty lub Ubezpieczony (jeśli ubezpieczenie zostało zawarte na cudzy rachunek) podejmiecie próbę celowego wytudzenia od nas świadczenia ubezpieczeniowego.

Jak złożyć reklamację

158. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:

- na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
- elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.

159. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.

160. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określmy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.

161. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.

162. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

Jak inaczej można rozwiązać spór

163. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

164. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

165. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Obowiązujące przepisy prawa

166. Jeśli jakieś kwestie nie są uregulowane w umowie lub w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego i inne przepisy prawa polskiego.

167. Stosujemy język polski w relacjach wynikających z niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

Właściwość sądów

168. Pozew – który dotyczy umowy lub z niej wynika – można wnieść do sądu:

- właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego albo
- właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia,
- właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Definicje

W tym rozdziale wyjaśnimy pojęcia, których używamy w przewodniku.

2.6

[→ Spis treści](#)

A

Awaria głównego systemu grzewczego

zaprzestanie funkcjonowania lub nieprawidłowe funkcjonowanie głównego systemu ogrzewania w miejscu ubezpieczenia, które powoduje brak ogrzewania miejsca ubezpieczenia.

Awaria instalacji elektrycznej

uszkodzenie instalacji elektrycznej, powodujące całkowite zaprzestanie jej funkcjonowania na całej powierzchni miejsca ubezpieczenia, uniemożliwiające dalsze z niego korzystanie.

Awaria sprzętu AGD

- uszkodzenie sprzętu AGD z przyczyny wewnętrznej pochodzenia mechanicznego, elektrycznego, elektronicznego lub hydraulicznego, które powoduje, że nie można z niego korzystać zgodnie z jego przeznaczeniem oraz
- nie jest spowodowane bezpośrednim, celowym działaniem człowieka.

Awarią nie jest konieczność uzupełniania materiałów eksploatacyjnych, obsługi bieżącej i okresowej, dostawy i montażu akcesoriów w sprzęcie AGD.

B

Budynek

obiekt budowlany ze wszystkimi wbudowanymi instalacjami, urządzeniami technicznymi oraz stałymi elementami wykończeniowymi, które stanowią całość techniczną i użytkową który:

- jest trwale związany z gruntem,
- wydzielony jest z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych,
- ma fundamenty i dach.

Budynek gospodarczy

budynek wykorzystywany wyłącznie do celów innych niż mieszkaniowe.

Budynek gospodarczy w budowie lub lokal gospodarczy w budowie

budynek gospodarczy lub lokal gospodarczy, w którym rozpoczęto prace budowlane (co potwierdza pierwszy wpis robót w dzienniku budowy).

Budynek palny

to budynek, w którym:

- konstrukcja nośna (ściany, stopy, szkielet – z wyłączeniem konstrukcji dachu) jest palna, czyli jest wykonana z drewna, płyt warstwowych wypełnionych styropianem lub
- pokrycie dachu jest palne, czyli jest wykonane z trzciny, trawy, desek, wióra, gontu drewnianego lub strzechy.

C

Części wspólne nieruchomości

części budynku i urządzenia do wspólnego użytku właścicieli mieszkań. Części wspólne to np. fundamenty, dachy, pralnie, suszarnie, ściany nośne i zewnętrzne, klatki schodowe, przewody, instalacje, kominy, korytarze w budynku, w którym zlokalizowane jest ubezpieczone mieszkanie.

D

Dewastacja

celowe, umyślne uszkodzenia lub zniszczenia przedmiotu ubezpieczenia, wyrządzone przez osoby trzecie niezamieszkujące z Ubezpieczonym (wandalizm, w tym graffiti) oraz szkody wyrządzone przez zwierzęta inne niż zwierzęta domowe.

Dom

samodzielny budynek w zabudowie pojedynczej, bliźniaczej lub szeregowej – przeznaczony na cele mieszkalne – razem z pomieszczeniem gospodarczym i garażem, jeśli stanowią jedną bryłę z domem.

Dom letniskowy

dom zamieszkiwany czasowo, który służy rekreacji lub wypoczynkowi.

Dom lub mieszkanie nienadające się do zamieszkania

nieruchomość (dom lub mieszkanie), w której doszło do uszkodzenia lub zniszczenia wskutek zaistnienia jednego ze zdarzeń objętych umową, w której nie można pozostać i która nie nadaje się do zaspokojenia podstawowych potrzeb.

2.6 DEFINICJE

Dom w budowie lub mieszkanie w budowie

obiekt budowlany, w którym:

- rozpoczęto prace budowlane, co potwierdza pierwszy wpis robót w dzienniku budowy lub
- trwa rozbudowa, nadbudowa, odbudowa, przebudowa w rozumieniu przepisów prawa budowlanego.

Uznajemy, że zakończenie budowy lub przebudowy w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia następuje w momencie zamieszkania w domu lub w mieszkaniu, o ile nastąpiły wymagane przepisami prawa odbiory techniczne instalacji albo jeżeli dom lub mieszkanie otrzymało pozwolenie na użytkowanie.

Dym, sadza

zawiesina cząsteczek w gazie, będąca bezpośrednim skutkiem spalania, która nagle wydobyła się z urządzeń paleniskowych, grzewczych, kuchennych, kanałów wentylacyjnych i suszących – używanych zgodnie z przeznaczeniem technicznym, gdy w miejscu ubezpieczenia są zamontowane instalacje lub urządzenia wentylacyjne.

Obejmujemy ochroną też szkody spowodowane przez dym lub sadzę, które powstały w wyniku pożaru mienia znajdującego się w najbliższym sąsiedztwie miejsca ubezpieczenia.

E

Eksplozja

zjawisko, podczas którego wyzwala się gwałtownie znaczna ilość energii (cieplnej lub świetlnej), gazu, pyłu lub pary.

Elementy działki

trwale połączone z gruntem wraz z wbudowanymi instalacjami, urządzeniami technicznymi oraz zainstalowanymi na stałe elementami wykończeniowymi, które stanowią całość techniczną i użytkową, zlokalizowane w miejscu ubezpieczenia:

- chodniki, podjazdy, place utwardzane, mury oporowe, ogrodzenie, bramy i furtki, studnie, oświetlenie posesji, baseny, zadaszenia, pomieszczenia na śmieci,
- budowle inne niż wskazane powyżej,
- obiekty małej architektury, inne niż wskazane powyżej.

G

Główny system grzewczy w ubezpieczeniu assistance

główny system ogrzewania w miejscu ubezpieczenia, w tym domowy kocioł centralnego ogrzewania. Obejmuje centralne ogrzewanie lub instalacje ogrzewane gorącą wodą, w tym: programator, pompę centralnego ogrzewania, termostaty (z wyjątkiem termostatów inteligentnych oraz połączonych z internetem), a także grzejniki. Powyższe nie obejmuje instalacji ogrzewania energią słoneczną ani jej orurowania i wyposażenia, a także zbiorników na paliwo do centralnego ogrzewania.

I

Implozja

uszkodzenie zbiornika lub aparatu próżniowego na skutek działania podciśnienia.

Indeksacja

podwyższenie wysokości sumy ubezpieczenia oraz składki ubezpieczeniowej, z wykorzystaniem wskaźnika indeksacji (na zasadach określonych w punkcie 143.).

Instalacja elektryczna

układ przewodów i kabli w miejscu ubezpieczenia wraz ze sprzętem i osprzętem elektroinstalacyjnym, aparaturą rozdzielczą i sterowniczą, układem pomiarowo-rozliczeniowym, urządzeniami zabezpieczającymi i ochronnymi oraz uzienieniami, mający swój początek przy układzie pomiarowo-rozliczeniowym energii elektrycznej zamontowanym przez dystrybutora energii elektrycznej i koniec na gniazdkach wtyczkowych, wypustkach oświetleniowych, zainstalowanych na stałe odbiornikach zasilanych energią elektryczną.

Instalacja wodno-kanalizacyjna

przewody i armatura wodna (w tym bojler, podgrzewacze przepływowe), dostarczające, rozpraszające wodę i odprowadzające ścieki, znajdujące się w miejscu ubezpieczenia, rozpoczynające się od urządzenia pomiarowo-rozliczeniowego (wodomierza), a kończące się na przyłączu do

2.6 DEFINICJE

pionu kanalizacyjnego lub ścianie zewnętrznej budynku.

Instalacje

zespół połączonych ze sobą przewodów lub rur, które:

- stanowią własność Ubezpieczonego,
- są zamontowane na stałe w budynku oraz
- służą do zaopatrzenia i eksploatacji ubezpieczonego budynku lub lokalu.

K

Karencja

wyłączenie lub ograniczenie naszej odpowiedzialności z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy, przez okres w niej wskazany.

Katastrofa budowlana

niezamierzone, gwałtowne zniszczenie obiektu budowlanego lub jego części, a także konstrukcyjnych elementów rusztowań, elementów urządzeń formujących, ścianek szczelnych i obudowy wykopów; obejmujemy ochroną też szkody w przedmiocie ubezpieczenia, które powstały na skutek katastrofy budowlanej sąsiadujących z nim budynków.

Kradzież z włamaniem

zabór stałych elementów wykończeniowych, przedmiotów wartościowych, ruchomości domowych lub materiałów budowlanych z wnętrza budynku lub lokalu objętego ochroną po tym, jak sprawca: usunął lub zniszczył zabezpieczenie przy użyciu narzędzi lub siły i pozostawił ślady włamania lub otworzył zabezpieczenia podrobionym kluczem lub innym narzędziem, lub kluczem oryginalnym, a klucz zdobył w wyniku rabunku lub w wyniku usunięcia zabezpieczeń do innego budynku lub lokalu.

Kradzież zwykła

zabór:

- stałych elementów wykończeniowych, elementów instalacji, które są tak zamontowane na zewnątrz budynku lub lokalu, że nie można ich odłączyć bez ich uszkodzenia lub użycia narzędzi,

- elementów działki, także elementów ogrodzenia, jak: bramy, furtki, skrzynki na listy, elementy instalacji domofonowej, wideofonowej, siłowniki i napędy bram oraz inne przedmioty trwale połączone z ogrodzeniem,
- robota kosztującego, którego fakt posiadania i wartość zostały udokumentowane dowodem potwierdzającym nabycie, z ogrodzonej posesji, na której stoi dom lub z wydzielonego i ogrodzonego ogródka przynależnego do mieszkania.

L

Lawina

gwałtowny obryw mas śniegu, lodu, skał, kamieni lub błota, który zsuwa się ze stoków górskich.

Lokal

samodzielna, przestrzeń w budynku wyodrębniona za pomocą stałych przegród budowlanych, w tym:

- tarasy, loggie i balkony, przynależne do lokalu,
- wszystkie instalacje i urządzenia techniczne,
- stałe elementy wykończeniowe.

Lokal gospodarczy

lokal nie służący celom mieszkaniowym, przeznaczony do wyłącznego użytku Ubezpieczonego, w tym piwnica, strych, komórka, miejsce garażowe.

Musi się on znajdować w tym samym budynku co ubezpieczone mieszkanie i przynależeć do niego. Lokal gospodarczy jest ubezpieczony razem z mieszkaniem.

M

Materiały budowlane

- surowce, półfabrykaty, niezbędne do realizacji budowy budynku,
- materiały, które będą stanowić stałe elementy wykończeniowe,
- narzędzia wykorzystywane do prac budowlanych i wykończeniowych w miejscu ubezpieczenia, które należą do Ubezpieczonego.

Za materiały budowlane nie uznajemy narzędzi, które nie są własnością Ubezpieczonego i sprzętu budowlanego.

2.6 DEFINICJE

Miejsce ubezpieczenia

adres lub numer działki (dla domu w budowie lub mieszkania w budowie) wskazany w polisie. Dla ubezpieczenia assistance to dom lub mieszkanie pod adresem wskazanym w polisie.

Mienie na tarasie i w ogrodzie

znajdujące się w miejscu ubezpieczenia na tarasie lub w ogrodzie:

- drzewa i krzewy zasadzone w gruncie lub w donicach,
- wolnostojące oszklone obiekty ogrodowe, czyli szklarnie ogrodowe, ogrody zimowe, oranżerie, zabudowy basenów, które nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu,
- meble ogrodowe, grill, trampolina, basen oraz jacuzzi, elementy placu zabaw, czyli piaskownica, huśtawka, drabinki, zjeżdżalnia na wolnym powietrzu,
- łóżeczka i wózki dziecięce pozostawiane w ciągu dnia na zewnątrz budynków,
- sprzęt ogrodowy i narzędzia ogrodowe, pojemniki na odpady komunalne.

Mienie wypożyczone

ruchomości domowe przechowywane w miejscu ubezpieczenia, które zostały użyczone lub oddane do użytku Ubezpieczonemu przez operatora sieci telekomunikacyjnej, internetowej, organizację sportową, społeczną, wypożyczalnię. Wypożyczenie lub oddanie do użytku musi być udokumentowane.

Mieszkanie

lokal przeznaczony na cele mieszkalne, który został wydzielony w obrębie budynku.

N

Napad uliczny

zabór lub usiłowanie zaboru ubezpieczonych rzeczy wymienionych w ustępie 67.3., po tym jak:

- użyto wobec Ubezpieczonego lub osób pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym przemocy fizycznej lub groźby natychmiastowego jej użycia, albo
- doprowadzono Ubezpieczonego lub osoby pozostające z nim we wspólnym gospodarstwie domowym do stanu nieprzytomności lub bezbronności.

Napór śniegu i lodu

śnieg i lód, które pod wpływem swojego ciężaru i naporu:

- zniszczyły konstrukcję dachu lub inne elementy budynku lub lokalu,
- przewróciły drzewa lub inne sąsiednie obiekty na przedmiot ubezpieczenia.

O

OC najemcy

odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego najemcy w stosunku do osób trzecich lub właściciela ubezpieczonego domu lub mieszkania, gdy ubezpieczony najemca użytkuje dom lub mieszkanie (na podstawie pisemnej lub potwierdzonej innymi dokumentami umowy najmu). Jest to odpowiedzialność:

- w odniesieniu do właściciela ubezpieczonego budynku za szkody w tym domu lub mieszkaniu i ruchomościach domowych, które się w nim znajdują i należą do Ubezpieczonego,
- w odniesieniu do osób trzecich za szkody w ich mieniu, o ile powstały na skutek zalania, pożaru lub eksplozji w miejscu ubezpieczenia.

Osoba trzecia

osoba fizyczna, osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej na podstawie zawartej z Tobą umowy.

P

Pęknięcie mrozowe rur lub instalacji

spowodowane mrozem:

- pęknięcie urządzeń kąpielowych, umywalk, sputeczek, syfonów, wodomierzy, kotłów, bojlerów,
- pęknięcie rur dopływowych (wodociągowych) lub odpływowych (kanalizacyjnych), instalacji ogrzewania, instalacji klimatyzacyjnej, instalacji tryskaczowej lub gaśniczej oraz wyciek wody, pary lub cieczy, który powstał na skutek tych uszkodzeń.

Wymienione rury i instalacje muszą się znajdować wewnątrz budynku lub lokalu, w którym była ujemna lub zerowa temperatura w wyniku

2.6 DEFINICJE

wystąpienia awarii ogrzewania lub przerwy w dostawie prądu.

Pożar

działanie ognia, który wydostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile.

Przedmioty szklane

zamontowane lub zainstalowane na stałe zgodnie z przeznaczeniem:

- szyby okienne i drzwiowe, zewnętrzne i wewnętrzne,
- kolektory i baterie słoneczne, ogniwa fotowoltaiczne,
- szyby, które są statymi elementami wykończeniowymi lub ich częścią,
- okładziny ceramiczne, kamienne lub z konglomeratu, wewnątrz budynku lub lokalu – z wyjątkiem okładzin podłogowych,
- szyby, które są częścią składową mebli,
- szyby, które są częścią sprzętu AGD i płyt grzewczych, akwariów, terrariów,
- szyby kominkowe,
- lustra i witraże,
- osłony (obudowy) kabiny natryskowej, prysznicowej – szklane lub z tworzywa sztucznego,
- wanny, brodziki lub umywalki, muszle klozetowe – szklane lub ceramiczne,
- ceramiczne lub szklane lampy, które są statymi elementami wykończeniowymi,
- blaty, parapety – ceramiczne, szklane, kamienne lub z konglomeratu.

Przedmioty wartościowe

- dzieła sztuki: obrazy, rysunki, grafiki, rzeźby, inne dzieła plastyczne,
- wykonane ręcznie dywany i gobeliny,
- antyki starsze niż stuletnie w dniu zawarcia umowy,
- biżuteria, kamienie szlachetne, perły oraz wszystkie przedmioty wykonane w całości lub w części ze złota, srebra lub platyny,
- znaczki pocztowe, monety, banknoty i medale,
- broń i trofea myśliwskie,
- zbiory kolekcjonerskie, za które uważamy przedmioty gromadzone według pewnych kryteriów i które obejmują jeden rodzaj dzieł sztuki lub jeden rodzaj innych przedmiotów wartościowych,

- futra naturalne.

Przepięcie

nagła, krótkotrwała zmiana napięcia zasilającego daną instalację lub urządzenie.

R

Rabunek

zabór ubezpieczonych statych elementów wykończeniowych, ruchomości domowych lub materiałów budowlanych przez sprawcę, po tym gdy użył on wobec Ubezpieczonego lub osób przebywających w miejscu ubezpieczenia:

- przemocy lub groźby natychmiastowego jej użycia albo doprowadził tę osobę do stanu nieprzytomności lub bezbronności lub
- podstępem poprzez wprowadzenie w błąd Ubezpieczonego lub osoby przebywającej w miejscu ubezpieczenia (o ile jest to osoba małoletnia lub niedoświadczona).

Rocznica polisy

każda rocznica daty potwierdzonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy.

Ruchomości domowe

grupy przedmiotów, które znajdują się w budynkach lub lokalach wskazanych w polisie jako miejsce ubezpieczenia:

- meble, dywany, wykładziny podłogowe, lampy, firany, zastawy, materace, poduszki, kołdry, pościel, odzież, obuwie, przedmioty osobistego użytku, książki, zapasy gospodarstwa domowego (w tym naczynia kuchenne, artykuły spożywcze, napoje), meble i sprzęt ogrodowy, wózki dziecięce, pomoce ortopedyczne i rehabilitacyjne,
- narzędzia, dodatkowy komplet kół lub opon sezonowych, fotele samochodowe dla dzieci, bagażniki montowane na samochodzie, fabrycznie nowe części zamienne do samochodu, materiały budowlane i wykończeniowe zgromadzone na własne potrzeby,
- rośliny doniczkowe, akwaria, zwierzęta domowe,

2.6 DEFINICJE

- sprzęt gospodarstwa domowego (również wbudowany w statą zabudowę), audiowizualny, komputerowy (stacjonarny i przenośny), fotograficzny, optyczny, telefoniczny (stacjonarny i przenośny), nośniki danych (w tym pendrive, odtwarzacze MP3, MP4), urządzenia do nawigacji GPS, instrumenty muzyczne,
- sprzęt sportowy i turystyczny,
- przedmioty wartościowe i wartości pieniężne,
- dokumenty: dowód osobisty, paszport, dowód rejestracyjny pojazdu, prawo jazdy, świadectwa, dyplomy, akty notarialne, decyzje administracyjne,
- rzeczy gości,
- sprzęt firmowy,
- mienie wypożyczone,
- ruchomości na zabudowanych balkonach, loggiach lub tarasach.

Ruchomości na zabudowanych: balkonach, loggiach lub tarasach

ruchomości domowe znajdujące się na zabudowanych: balkonach, loggiach lub tarasach w miejscu ubezpieczenia, z wyjątkiem biżuterii, wartości pieniężnych, przedmiotów wartościowych i sprzętu elektronicznego. Zabudowany: balkon, loggia lub taras to system otwieranych lub rozsuwanych ścian i okien razem z prowadnicami i ramionami, w których osadzona jest zabudowa.

Rzeczy gości

ruchomości domowe, które czasowo znajdują się w miejscu ubezpieczenia i należą do osób trzecich przebywających tam na zaproszenie Ubezpieczonego. Za rzeczy gości nie uznajemy przedmiotów, które należą do osób zajmujących ubezpieczony dom, mieszkanie, dom letniskowy lub ich części, np. pokój lub garaż.

S

Silny wiatr

wiatr, który zniszczył lub uszkodził przedmiot ubezpieczenia oraz spowodował szkody w miejscowości, w której znajduje się miejsce ubezpieczenia. Obejmujemy ochroną też szkody, które powstały, gdy w przedmiot ubezpieczenia uderzyły części budynków, drzewa lub inne przedmioty powalone lub unieszone przez silny wiatr.

Siła wyższa

zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkiem nie można zapobiec.

Sporty niebezpieczne

- sporty motorowe i motorowodne,
- wszelkie rodzaje dyscyplin związanych z przemieszczaniem się w przestrzeni powietrznej,
- speleologia, wspinaczka wysokogórska i skałkowa,
- rafting i wszystkie jego odmiany, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, kitesurfing,
- heliskiing, heliboarding, jazda na nartach po trasach nieoznaczonych,
- skoki na gumowej linie,
- udział w wyprawach survivalowych.

Sprzęt AGD

znajdujące się w miejscu ubezpieczenia następujące urządzenia: kuchnie gazowe i elektryczne, pralki, pralko-suszarki i elektryczne suszarki ubraniowe, chłodziarki-zamrażarki, zamrażarki, zmywarki.

Sprzęt firmowy

stacjonarny i przenośny sprzęt komputerowy, drukarki, skanery, telefony, faksy, meble w miejscu ubezpieczenia, sprzęt gospodarstwa domowego, które Ubezpieczony wykorzystuje w swojej działalności gospodarczej lub zawodowej, lub który został mu powierzony przez jego pracodawcę.

Stałe elementy wykończeniowe

elementy zamontowane tak, aby nie można było ich odtoczyć od budynku lub lokalu bez użycia narzędzi:

- powłoki malarskie oraz okładziny podłóg, schodów, ścian i sufitów, sufity podwieszane,
- przegrody i ścianki działowe,
- okna i drzwi z ościeżnicami i zamknięciami, kraty, rolety, żaluzje i okienne,
- meble wbudowane,
- armatura sanitarna,
- urządzenia, które stanowią osprzęt do instalacji, w tym piece, wkłady kominkowe, klimatyzatory, wentylatory, pompy ciepła, solary, baterie słoneczne, ogniwa fotowoltaiczne, falowniki, monitoring, urządzenia i czujki alarmu, zewnętrzne elementy anten telewizyjnych i satelitarnych,

2.6 DEFINICJE

- okna z oszkleniem, parapety,
- trwałe zabudowy balkonów, loggii lub tarasów,
- markizy.

Szkoda

w ubezpieczeniu mienia – fizyczna utrata, uszkodzenie lub zniszczenie ubezpieczonego mienia będące bezpośrednim następstwem zdarzenia ubezpieczeniowego objętego umową; w ubezpieczeniu OC w życiu prywatnym – szkoda na osobie lub szkoda w mieniu osoby trzeciej.

T

Trzęsienie ziemi

wstrząsy powierzchni ziemi wywołane nagtymi, naturalnymi przemieszczeniami mas skalnych w obrębie skorupy ziemskiej, które nie są związane z działalnością człowieka.

U

Ubezpieczający

osoba która zawarta z nami umowę i zobowiązuje się do opłacenia składki.

Ubezpieczony

osoba fizyczna, osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, na której rachunek została zawarta umowa ubezpieczenia.

Jeśli Ubezpieczony jest osobą fizyczną, obejmujemy ochroną jego odpowiedzialność cywilną w zakresie czynności życia prywatnego.

Ubezpieczony najemca

każda osoba, która wynajmuje mieszkanie lub dom od ubezpieczonego właściciela mieszkania lub domu, które obejmujemy ochroną.

Uderzenie fali dźwiękowej

fala uderzeniowa, która powstała, gdy statek powietrzny przekroczył barierę dźwięku.

Uderzenie lub upadek statku powietrznego

przymusowe lądowanie lub upadek statku powietrznego lub innego obiektu latającego, upadek jego części, paliwa lub przewożonego ładunku.

Uderzenie pojazdu mechanicznego

uderzenie w przedmiot ubezpieczenia pojazdu mechanicznego, jego części lub przewożonego w nim ładunku.

Upadek drzew i budowli,

upadek drzew, masztów, dźwigów, kominów lub innych budowli na przedmiot ubezpieczenia spowodowany przez siły natury, wady konstrukcyjne, wady eksploatacyjne, zużycie materiału lub działalność osób trzecich.

Urządzenia techniczne

urządzenia połączone z budynkiem lub elementem działki, które umożliwiają użytkowanie obiektu zgodnie z jego przeznaczeniem. Są to np. studnie i instalacje studzienne, osadniki, stacjonarne zbiorniki na gaz płynny i paliwa płynne, urządzenia służące gromadzeniu ścieków, pompy ciepła, ogniwa fotowoltaiczne, przyłącza i instalacje w miejscu ubezpieczenia.

Uszkodzenie instalacji wodno-kanalizacyjnej

awaria lub uszkodzenie instalacji wodno-kanalizacyjnej powodujące w miejscu ubezpieczenia szkody związane z działaniem wody (wyciek wody). Obejmuje pęknięcie rur oraz przelanie się wody gromadzonej w zbiornikach.

W

Wartości pieniężne

- gotówka: krajowe lub zagraniczne znaki pieniężne,
- czek, weksle, obligacje, akcje, bony skarbowe, bony towarowe,
- karty płatnicze, kredytowe, charge i debetowe, inne dokumenty zastępujące w obrocie gotówkę.

Wartość kosztorysowa

wartość kosztorysowa materiałów budowlanych oraz robót wykonanych i zaplanowanych aż do momentu zakończenia budowy domu w budowie, mieszkania w budowie, budynku gospodarczego w budowie lub lokalu gospodarczego w budowie.

2.6 DEFINICJE

Wartość odtworzeniowa (nowa)

wartość, która jest kosztem przywrócenia mienia do stanu nowego, nieulepszanego:

- dla ruchomości domowych i materiałów budowlanych – odpowiada cenie nabycia lub naprawy (w zależności, która wartość jest niższa) nowego przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości,
- dla budynków, elementów działki i statych elementów wykończeniowych w budynkach – odpowiada kosztom odbudowy lub remontu obiektu w tym samym miejscu, tego samego rodzaju, konstrukcji, powierzchni i standardu przy użyciu takich samych lub zbliżonej jakości materiałów.

Wartość rynkowa

wartość, która odpowiada:

- dla mieszkania i lokalu gospodarczego – cenę zakupu mieszkania, lokalu gospodarczego w danej miejscowości lub dzielnicy miasta, w którym położony jest przedmiot ubezpieczenia, z uwzględnieniem tych samych parametrów (wiek, powierzchnia, piętro) i standard wykończenia,
- dla przedmiotów wartościowych – cenę zakupu przedmiotu tego samego rodzaju, gatunku i jakości.

Wartość rzeczywista

wartość odtworzeniowa (nowa) pomniejszona o zużycie techniczne mienia, które objęliśmy ochroną ubezpieczeniową. Stopień zużycia technicznego poszczególnych grup mienia określa się na podstawie tabeli zużycia technicznego ubezpieczonego mienia, udostępnionej na stronie internetowej www.allianz.pl.

Wskaźnik indeksacji

wartość procentowa użyta do ustalenia wartości o jaką podwyższymy sumę ubezpieczenia oraz składkę, jeśli zdecydujesz się na indeksację.

Z

Zalanie

to nagły wyciek pary, wody lub innej cieczy, który powstał na skutek:

- awarii, gdy w miejscu ubezpieczenia samoistnie uszkodziły się: instalacja wodociągowa, połączenia giętke, armatura, instalacja kanalizacyjna, wodny, parowy lub olejowy układ grzewczy lub klimatyzacja, pompy wodne, słoneczny układ ogrzewania wody, urządzenia połączone na stałe z systemem rur, a także urządzenia, które stanowią wyposażenie użytkowe lub wystrój wewnątrz,
- awarii, gdy w miejscu ubezpieczenia samoczynnie uruchomiła się instalacja tryskaczowa lub gaśnicza,
- cofnięcia się wody lub ścieków z kanalizacji,
- nieumyślnego pozostawienia otwartych zaworów w warunkach przerwy w dopływie wody, jeśli za dostarczenie wody jest odpowiedzialny dostawca zewnętrzny,
- zalania przez osoby trzecie wodą lub inną cieczą, z innego lokalu w budynku wielorodzinnym lub innego domu w zabudowie szeregowej lub bliźniaczej,
- wycieku wody z tóżka wodnego lub z akwarium, gdy stłukło się akwarium lub samoistnie rozszczelnił się lub uszkodził osprzęt akwarium lub tóżko wodne,
- topnienia śniegu lub lodu zalegającego na dachu lub innych elementach budynku, lokalu,
- prowadzenia akcji gaśniczej w sąsiednim budynku, lokalu.

Zapadanie ziemi

obniżenie się terenu, gdy zawały się podziemne puste przestrzenie w gruncie, które powstały z przyczyn naturalnych, niezwiązanych z działalnością człowieka.

Zapchanie toalety, wanny, umywalki, zlewu

awaria muszli klozetowej lub sputczki, wanny, brodzika, umywalki lub zlewu, która powoduje całkowitą utratę jej funkcjonalności.

2.6 DEFINICJE

Zawodowe uprawianie sportu

uprawianie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej lub w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, uprawniające 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.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

nagłe i nieprzewidywalne zdarzenie, które:

- nie zależy od woli Ubezpieczonego,
- wystąpiło w okresie ubezpieczenia,
- skutkuje szkodą, polegającą na zniszczeniu, uszkodzeniu lub utracie ubezpieczonego mienia, w następstwie zaistnienia ubezpieczonego ryzyka, za którą na mocy tych o.w.u. ponosimy odpowiedzialność odszkodowawczą.

Tak rozumiemy zdarzenie ubezpieczeniowe w ubezpieczeniu mienia i OC w życiu prywatnym.

Zdarzenie ubezpieczeniowe w ubezpieczeniu assistance

awaria sprzętu AGD, uszkodzenie instalacji wodno-kanalizacyjnej lub kanalizacji, zablokowanie toalety, wanny, brodzika, zlewu, umywalki, awaria systemu zasilania energią elektryczną, awaria głównego systemu grzewczego lub zaopatrzenia w ciepłą wodę dostarczanego przez główny system grzewczy, brak możliwości wejścia lub wyjścia z miejsca ubezpieczenia z powodu uszkodzenia, zagubienia, zatraczenia, kradzieży kluczy lub uszkodzenia zamków w drzwiach wejściowych, pojawienie się w miejscu ubezpieczenia gryzoni, owadów pasożytniczych, gniazda os lub szerszeni.

Zwierzęta domowe

oswojone zwierzętazymane dla towarzystwa: psy, koty, ryby akwariowe, gryzonie domowe. Za zwierzęta domowe nie uznajemy zwierząt trzymanyh w celach hodowlanych lub handlowych.

W tych ogólnych warunkach ubezpieczenia posługujemy się skróconymi nazwami następujących ustaw:

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny – używamy skrótu: kodeks cywilny,
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego – używamy skrótu: kodeks postępowanie cywilnego,
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – używamy skrótu: ustawa o trzeźwości,
- Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane – używamy skrótu: prawo budowlane,
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – używamy skrótu: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii,
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. Prawo geologiczne i górnicze – używamy skrótu: prawo górnicze,
- Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. prawo pocztowe – używamy skrótu: prawo pocztowe,

2.6 DEFINICJE

- Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – używamy skrótu: ustawa o prawach konsumenta,
- Ustawa z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – używamy skrótu: ustawa o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich,
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – używamy skrótu: ustawa ubezpieczeniowa.

Przewodnik po ubezpieczeniu Mój Dom został zatwierdzony uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 98/2024.

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000028261, NIP: 525-15-65-015, REGON, posiadająca status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych: 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 457 110 000 złotych (wpłacony w całości).

Przydatne wskazówki

W tym rozdziale znajdziesz nasze wskazówki, jak lepiej chronić ubezpieczoną własność przed możliwymi uszkodzeniami.

[→ Spis treści](#)

Wskazówki dla Ubezpieczonego dotyczące bezpieczeństwa i stanu technicznego



Zawsze przed wyjściem z domu sprawdź, czy nie zostawiasz włączonego urządzenia, które może spowodować np. pożar lub zalanie. Wyłącz kuchenkę, piekarnik, żelazko, prostownicę, piecyki elektryczne lub gazowe, zakręć krany.



Gdy pojawi się zagrożenie powodzi, ulewnego deszczu, gwałtownych wyładowań atmosferycznych, silnego wiatru – wyłącz zasilanie elektryczne, odłącz sieć gazową i wodociągową.



Wychodząc na dłużej z domu, nie zostawiaj włączonej pralki.



Przed opuszczeniem domu sprawdź, czy wszystkie okna – zwłaszcza dachowe – są dobrze zamknięte. Jeśli zostawisz je niedomknięte, silny wiatr i opady deszczu mogą spowodować znaczne szkody.



Dbaj o należyty stan techniczny swojego mieszkania lub domu i regularnie przeprowadzaj przeglądy, m.in. przegląd przewodów kominowych i instalacji elektrycznej.

Wskazówki dla Ubezpieczonego dotyczące zabezpieczenia przed zjawiskami pogodowymi

Monitoruj ostrzeżenia i zalecenia lokalnych władz. Postępuj zgodnie z zaleceniami.



Ulewy i powodzie

Upewnij się, że dach jest w dobrym stanie i nie ma przecieków. Oczyszczaj regularnie rynny i rury spustowe, aby zapobiec zalaniu. Podnieś ważne dokumenty i przedmioty wartościowe na wyższe piętra, aby uniknąć zalania.



Silny wiatr

Zabezpiecz luźne przedmioty na zewnątrz, takie jak meble ogrodowe, aby uniknąć ich zniszczenia lub uszkodzenia. Upewnij się, że bramy garażowe są odpowiednio zamknięte i zabezpieczone.



Burze i gradobicie

Zabezpiecz okna i drzwi przed gradem. Przytnij gałęzie drzew, które mogą uszkodzić dom w wyniku silnego wiatru. Upewnij się, że dach jest solidny i nie ma luźnych elementów, które mogłyby zostać oderwane przez wiatr.



Zimowe warunki pogodowe

Zabezpiecz rury przed zamarzaniem, szczególnie te na zewnątrz budynku. Utrzymuj ogrzewanie na odpowiednim poziomie, aby uniknąć zamarznięcia rur i uszkodzeń spowodowanych przez mróz.

Wskazówki dla Ubezpieczonego dotyczące przeciwdziałania kradzieży



Chroń swoje klucze, piloty dostępu oraz kody dostępu – udostępniaj je tylko najbliższym osobom. Jeżeli zauważysz, że je zgubiłeś, natychmiast wymień zamki lub zmień kody dostępu.



Przed wyjściem z domu upewnij się, że zamknąłeś wszystkie okna i drzwi, które umożliwiłyby wejście osoby niepowołanej.



Jeżeli mieszkanie lub dom są wyposażone w alarm, aktywuj go za każdym razem, gdy wychodzisz z budynku.



Jeśli okna wyposażone są w rolety zewnętrzne, po ich opuszczeniu skontroluj, czy zaczepy blokady zabezpieczyły je przed ręcznym podniesieniem.

Wskazówki dla Ubezpieczonego dotyczące zabezpieczenia domu/ mieszkania przed wyjazdem



Jeśli budynek podłączony jest do sieci gazowej, przed wyjazdem zamknij główny zawór gazowy znajdujący się przy gazomierzu lub na wejściu instalacji do domu. Pamiętaj o zachowaniu w pomieszczeniach dodatniej temperatury.



Zamknij również zawór wodociągowy przy wodomierzu, chyba że instalacja zasila system – w takim wypadku zamknij zawór doprowadzający wodę tylko do pomieszczeń. Unikniesz w ten sposób zalania w przypadku, np. wzrostu ciśnienia w kanalizacji lub rozszczelnienia się osłabionych połączeń i wężyków.



Jeśli nie zakręcasz głównego zaworu, to przynajmniej zamknij zawory w miejscu doprowadzenia wody do pralki i zmywarki – tam najczęściej występują przecieki.



W instalacji doprowadzającej ciepłą wodę wyłącz urządzenia podgrzewające oraz zapewniające cyrkulację, aby niepotrzebnie nie tracić energii cieplnej.



Wyjmij wtyczki antenowe z sieci – tą drogą również może przeniknąć wysokie napięcie wywołane wyładowaniami atmosferycznymi.



Jeśli to możliwe, odłącz część instalacji elektrycznej, która zasila odbiorniki typu telewizor czy komputer. Niezależnie od wyłączenia prądu w tych obwodach, wyjmij też wtyczki przewodów zasilających wrażliwe urządzenia elektroniczne, jak właśnie komputer, telewizor czy piec gazowy lub elektryczny. W przypadku burzy, nawet w niezasilanych przewodach może indukować się napięcie groźne dla układów elektronicznych. Pamiętaj, aby nie wyłączać obwodów, pod które są podłączone urządzenia wymagające stałego doprowadzenia napięcia (np. chłodziarka, instalacja alarmowa, oświetlenie zewnętrzne).

Najczęściej zadawane pytania

Poniżej znajdziesz odpowiedzi na niektóre z najczęściej zadawanych pytań odnośnie do m.in. sprzedaży mieszkania, zakresu odnośnie do ubezpieczenia i zmian w ubezpieczeniu.

Jeśli masz dodatkowe wątpliwości lub pytania, zadzwoń pod numer → **224 224 224*** lub zajrzyj na stronę internetową: → www.allianz.pl

* Opłata za połączenie zgodna z taryfą danego operatora

→ [Spis treści](#)

4 NAJCZĘŚCIEJ ZADAWANE PYTANIA

Sprzedałam ubezpieczony dom lub mieszkanie. Co stanie się z zapłaconą za ubezpieczenie składką?

Jeśli zgłosisz nam sprzedaż, zwrócimy składkę za niewykorzystany okres ubezpieczenia, liczony od dnia sprzedaży domu lub mieszkania.



Przyślij nam:

- skan lub zdjęcie wypełnionego i podpisanego wniosku o zwrot składki,
- dowód sprzedaży nieruchomości – na podstawie dokumentu ustalimy dokładny dzień sprzedaży nieruchomości i zwrócimy składkę od dnia sprzedaży.

Dokumenty możesz przekazać nam na cztery sposoby:

- poprzez formularz na stronie internetowej: www.allianz.pl,
- osobiście przez swojego agenta lub w naszej dowolnej jednostce – wykaz placówek znajdziesz na naszej stronie internetowej: www.allianz.pl,
- pocztą tradycyjną na adres: TUIR Allianz Polska S.A. ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa z dopiskiem: Departament Obsługi Ubezpieczeń Majątkowych.

Jaki jest zakres ubezpieczenia?

Zakres ubezpieczenia zależy od tego, jaki wybierzesz pakiet. Wybrany pakiet znajdziesz w polisie. Szczegóły dotyczące zakresu ubezpieczenia dla danego pakietu znajdziesz w rozdziale 2.1. tego przewodnika. W razie dodatkowych pytań, skontaktuj się z Twoim agentem.

Jakie przeglądy muszę robić? Czy mogę się ubezpieczyć, jeśli jeszcze nie mam przeglądów?

Każdy właściciel nieruchomości jest zobowiązany do dbania o należyty stan techniczny i regularne przeprowadzanie przeglądów, które są wymagane przepisami prawa budowlanego, np. okresowa kontrola przewodów kominowych. Dlatego zlecaj przeglądy specjalistom i zachowuj dokumenty z przeprowadzonych kontroli.

Czy ubezpieczona jest również moja piwnica?

W przypadku ubezpieczenia mieszkania ochronie podlega również piwnica (jako lokal gospodarczy), która znajduje się w tym samym budynku. Zakres ochrony jest tożsamy z wybranym przez Ciebie pakietem w ramach ubezpieczenia mieszkania – z wyjątkiem ubezpieczenia assistance. Pamiętaj o limicie odpowiedzialności dla ruchomości domowych i stałych elementów wykończeniowych w piwnicy (jako lokalu gospodarczym), który wynosi 30% sumy ubezpieczenia ruchomości domowych. Oznacza to, że jeżeli ubezpieczyłeś swoje ruchomości domowe na 25 000 złotych od kradzieży z włamaniem, to ruchomości domowe w piwnicy są chronione od kradzieży na kwotę 7 500 złotych.

Czy moje ubezpieczenie obejmuje również panele podłogowe lub piec? Co to są stałe elementy wykończeniowe?

Zarówno piec, jak i panele podłogowe są stałymi elementami wykończeniowymi. Są to takie elementy, które są zamontowane na stałe i nie można ich odłączyć od budynku bez użycia narzędzi. Inne przykłady stałych elementów wykończeniowych to np.: sufity podwieszane, wanna, szafa wnękowa.

Podczas zawierania umowy zostało zgłoszone, że ubezpieczone mieszkanie znajduje się na osiedlu z ochroną, ale obecnie wspólnota wycofała się z tych usług. Co powinienem zrobić w takiej sytuacji?

Prosimy, abyś zgłosił nam wszystkie istotne zmiany, które mają miejsce w okresie ubezpieczenia. Zrób to np.:

- poprzez formularz na stronie internetowej: www.allianz.pl,
- osobiście przez swojego agenta lub w dowolnej jednostce Allianz – wykaz placówek znajdziesz na naszej stronie internetowej: www.allianz.pl,
- pocztą tradycyjną na adres: TUIR Allianz Polska S.A. ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa z dopiskiem: Departament Obsługi Ubezpieczeń Majątkowych.

W zależności od oceny sytuacji poinformujemy Cię o dalszych krokach.

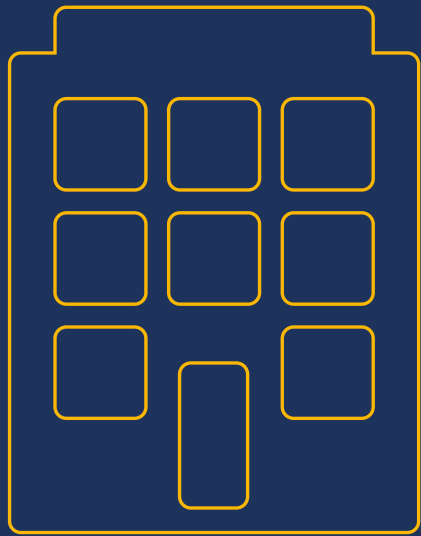
Pomóż nam podnieść standardy

Jednym z naszych priorytetów w Allianz jest ciągłe doskonalenie obsługi klienta. Jeśli masz jakiegokolwiek uwagi lub wątpliwości, zgłoś je, a zajmiemy się Twoją sprawą tak szybko, jak to możliwe. Możesz to zrobić:

- telefonicznie pod numerem: → 224 224 224*

* Opłata za połączenie zgodna z taryfą danego operatora

Dziękujemy,
że jesteś
z nami!



Następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów

Spis treści

§ 1	Postanowienia ogólne	5
§ 2	Definicje.	5
§ 3	Przedmiot i zakres ubezpieczenia.	5
§ 4	Wyłączenia odpowiedzialności Allianz z tytułu następstw Nieszczęśliwego Wypadku: Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu, kosztów leczenia, zgonu.	6
§ 5	Umowa Ubezpieczenia.	6
§ 6	Początek i koniec odpowiedzialności	7
§ 7	Składka ubezpieczeniowa.	7
§ 8	Postępowanie w przypadku Nieszczęśliwego Wypadku, obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.	7
§ 9	Ustalanie i wypłata świadczeń z tytułu Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu	8
§ 10	Ustalanie i wypłata świadczeń na wypadek śmierci.	8
§ 11	Ustalanie i wypłata świadczeń z tytułu kosztów leczenia poniesionych na terenie Polski.	8
§ 12	Wypłata świadczeń	8
§ 13	Postępowanie reklamacyjne	9
§ 14	Postanowienia końcowe.	9

Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku.	10

Przetwarzanie danych osobowych	30

Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów

Poniższa tabela wskazuje informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	§ 3 § 9 § 10 § 11 § 12 Informacje znajdujące się w Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku Informacje zawarte w niniejszej tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 3 ust. 3 § 4 § 5 ust. 4-5, 8 § 8 ust. 3 § 9 ust. 1-3, 9-12, § 10 ust. 2-3 Informacje znajdujące się w Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku Informacje zawarte w niniejszej tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów, zwanych dalej OWU, Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej „Allianz”, zawiera Umowy Ubezpieczenia z Ubezpieczającymi posiadającymi zdolność do czynności prawnych, jako uzupełnienie ochrony dotyczącej tego samego Ubezpieczonego Pojazdu na podstawie zawartej z Allianz umowy ubezpieczenia Autocasco lub umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.
2. Dopuszcza się możliwość wprowadzenia do umowy postanowień odmiennych lub dodatkowych w stosunku do wskazanych w niniejszych OWU.

§ 2 Definicje

1. Pojęciom pisany w niniejszych OWU wielką literą nadano brzmienie określone poniżej:
 - 1) **Lekarz Prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym po wystąpieniu Nieszczęśliwego Wypadku, występujący z ramienia placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu.
 - 2) **Lekarz Uprawniony** – lekarz wskazany przez Allianz i upoważniony do występowania do placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, jak również do przeprowadzania ekspertyz lekarskich, w tym badania lekarskiego (lekarz orzekający).
 - 3) **Nieszczęśliwy Wypadek** – gwałtowne zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
 - a) jest niezależne od woli Ubezpieczonego,
 - b) powstało bezpośrednio i wyłącznie z przyczyn zewnętrznych i losowych,
 - c) powstało w okresie ochrony ubezpieczeniowej
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim związku przyczynowym z przyczyną zewnętrzną; w następstwie, którego Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.
 - 4) **Oferta** – złożona Ubezpieczającemu przez Allianz, i przez Ubezpieczającego przyjęta, Oferta zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
 - 5) **Okres Ubezpieczenia** – wskazany we Wniosku lub w Ofercie i, po zawarciu Umowy Ubezpieczenia, potwierdzony w polisie okres w jakim Allianz udziela ochrony ubezpieczeniowej.
 - 6) **Ruch Pojazdu Mechanicznego** – sytuacja zaistniała, gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności.
 - 7) **Stan Pod Wpływem Alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia 0,2 promila alkoholu lub więcej, lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi lub prowadzi do stężenia 0,1 mg lub więcej.
 - 8) **Stan Pod Wpływem Środków Narkotycznych** – stan po użyciu środków odurzających lub po użyciu substancji psychotropowych lub po użyciu środków zastępczych lub po użyciu nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
 - 9) **Suma Ubezpieczenia** – wskazana we Wniosku lub w Ofercie kwota pieniężna, po zawarciu Umowy Ubezpieczenia potwierdzona przez Allianz w polisie. Suma Ubezpieczenia to maksymalna kwota, do której Allianz odpowiada w ramach Umowy Ubezpieczenia.
 - 10) **Trwały Uszczerbek Na Zdrowiu** – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące powrotu do zdrowia sprzed Nieszczęśliwego Wypadku, będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku wskazany w Tabeli norm oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu (Załącznik nr 1 do tych o.w.u.).
 - 11) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna lub prawna albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków związanych z ruchem pojazdu mechanicznego.
 - 12) **Ubezpieczony** – kierowca lub każdy z pasażerów Ubezpieczonego Pojazdu
 - 13) **Ubezpieczony Pojazd** – pojazd, wskazany we Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – określony w polisie.

- 14) **Umowa Główna** – umowa ubezpieczenia Autocasco lub obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Allianz, na ten sam okres ubezpieczenia, dotycząca tego samego Ubezpieczonego Pojazdu co Umowa Ubezpieczenia.
- 15) **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU i złożonego przez Ubezpieczającego Wniosku lub złożonej przez Allianz Oferty.
- 16) **Uposażony** – osoba lub osoby wskazane przez Ubezpieczonego, które w razie jego śmierci otrzymają od Allianz świadczenie. Ubezpieczony może wskazać uposażonego lub uposażonych zarówno przy zawarciu umowy, jak również w każdym czasie jej trwania. Ubezpieczony w czasie trwania umowy może zmienić uposażonego lub uposażonych. Wskazanie uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Wniosek – sporządzony na formularzu udostępnionym przez Allianz wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, złożony następnie przez Ubezpieczającego.
- 17) **Wsiadanie Do pojazdu** – czynności, jakie muszą wykonać kierowca lub pasażerowie od momentu otwarcia drzwi z zewnątrz Ubezpieczonego Pojazdu do momentu znalezienia się wewnątrz niego.
- 18) **Wysiadanie Z Pojazdu** – czynności, jakie muszą wykonać kierowca lub pasażerowie Ubezpieczonego Pojazdu od momentu otwarcia drzwi wewnątrz Ubezpieczonego Pojazdu do momentu znalezienia się na jego zewnątrz.

Przez skrócone nazwy poniższych ustaw do których odwołują się niniejsze OWU należy rozumieć:

1. kodeks karny – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny,
2. prawo o ruchu drogowym – Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym,
3. ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii – Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
4. ustawa o przewozie towarów niebezpiecznych – Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych,
5. ustawa o prawach konsumenta – Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta,
6. ustawa prawo pocztowe – Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe,
7. ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym – Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

§ 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową kierowcę lub kierowcę i pasażerów Ubezpieczonego Pojazdu, w wariantach wybranych przez Ubezpieczającego i potwierdzonych przez Allianz na polisie.
2. Przedmiotem Umowy Ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków, powodujące u Ubezpieczonego:
 - 1) Trwały Uszczerbek Na Zdrowiu określonego w Tabeli norm oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu (Załącznik nr 1 do tych o.w.u.), powstały:
 - a) w związku z ruchem Ubezpieczonego Pojazdu,
 - b) podczas Wsiadania i Wysiadania z Ubezpieczonego Pojazdu,
 - c) bezpośrednio przy załadunku lub wyładunku Ubezpieczonego Pojazdu,
 - d) podczas zatrzymania Ubezpieczonego Pojazdu, jego postępu lub naprawy Ubezpieczonego Pojazdu,
 - 2) koszty leczenia poniesione w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku powstałego w okolicznościach, o których mowa w pkt 1 powyżej;
 - 3) śmierć w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku powstałego w okolicznościach, o których mowa w pkt 1 powyżej;
 - 4) śmierć, o której mowa w pkt 3 powyżej, po wystąpieniu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje trwałe następstwa nieszczęśliwych wypadków określonych w ust. 2. pkt 1 oraz pkt 3 i pkt 4 zaistniałych na terenie Polski i poza jej granicami, zaś w zakresie ust. 2. pkt 2 (koszty leczenia) ochrona ubezpieczeniowa obejmuje refundację kosztów leczenia poniesionych jedynie na terytorium Polski zgodnie z § 9 ust. 12 OWU.

§ 4 Wyłączenia odpowiedzialności Allianz z tytułu następstw Nieszczęśliwego Wypadku: Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu, kosztów leczenia, zgonu.

1. Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje:
 - 1) wypadków spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
 - 4) wypadków spowodowanych aktami terroru, wydarzeniami wojennymi lub zamieszkami;
 - 5) wypadków powstałych wskutek użycia Ubezpieczonego Pojazdu do blokad dróg lub akcji protestacyjnych;
 - 6) wypadków powstałych wskutek użycia Ubezpieczonego Pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub policji;
 - 7) wypadków powstałych wskutek choroby zakwalifikowanej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych wydanej przez Światową Organizację Zdrowia (obowiązującej na dzień zawarcia umowy) jako zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania lub zaburzenia neurorozwojowe;
 - 8) wypadków z udziałem Ubezpieczonego Pojazdu będących wynikiem działania jego kierowcy pozostającego w Stanie Pod Wpływem Alkoholu lub w Stanie Pod Wpływem Środków Narkotycznych lub pozostającego pod wpływem leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, o ile spowodowało to powstanie Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 9) wypadków powstałych podczas kierowania Ubezpieczonym Pojazdem, który nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli stan techniczny Ubezpieczonego Pojazdu spowodował powstanie Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 10) wypadków powstałych na skutek nieposiadania przez osobę kierującą Ubezpieczonym Pojazdem, w chwili wypadku, wymaganych prawem kraju, na terenie którego doszło do wypadku, uprawnień do kierowania Ubezpieczonym Pojazdem lub na skutek zatrzymania dokumentów wymaganych przy prowadzeniu Ubezpieczonego Pojazdu; powyższych zapisów nie stosuje się w sytuacji, gdy kierujący prowadzi Ubezpieczony Pojazd przeznaczony do nauki jazdy w ramach kursu przygotowującego do egzaminu na prawo jazdy lub lekcji doszkalających przed tym egzaminem, a Ubezpieczony Pojazd został zgłoszony Allianz do ubezpieczenia zgodnie z charakterem jego użytkowania, a Allianz potwierdził to w polisie;
 - 11) wypadków powstałych wskutek używania Ubezpieczonego Pojazdu przez Ubezpieczonego lub osoby z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym w celu popełnienia przestępstwa umyślnego lub do ucieczki przed zatrzymaniem przez przedstawicieli uprawnionych organów państwowych lub samorządowych;
 - 12) wypadków powstałych wskutek działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola magnetycznego;
 - 13) wypadków powstałych wskutek używania Ubezpieczonego Pojazdu (o ile nie został przyjęty do ubezpieczenia w takim charakterze):
 - a) jako taksówki lub jako pojazdu służącego do przewozu pasażerów za opłatą;
 - b) do jazd próbnych i demonstracyjnych;
 - c) do nauki jazdy;
 - d) do przewozu przesyłek kurierskich;
 - e) do wynajęcia (nie dotyczy podmiotów prowadzących wypożyczalnię pojazdów);
 - f) jako rekwizytu w przedstawieniu teatralnym, w programie telewizyjnym, filmie lub imprezach plenerowych;
 - g) do transportu towarów niebezpiecznych o których mowa w ustawie o przewozie towarów niebezpiecznych.
 - 14) wypadków powstałych wskutek udziału Ubezpieczonego Pojazdu w wyścigach pojazdów, również mających charakter spontaniczny, niezorganizowany lub w konkursach, rajdach, treningach, czy podczas jazd próbnych do wyścigów, rajdów, poruszania się po torze wyścigowym, a także podczas prób szybkościowych, o ile spowodowało to powstanie Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 15) wypadków powstałych wskutek uczestnictwa Ubezpieczonym Pojazdem w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych, o ile spowodowało to powstanie Nieszczęśliwego Wypadku;

- 16) wypadków powstałych podczas wykonywania zadań kaskaderskich z użyciem Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 17) wypadków powstałych, gdy w Ubezpieczonym Pojeździe przebywało więcej pasażerów niż maksymalna dopuszczona liczba osób określona w dowodzie rejestracyjnym Ubezpieczonego Pojazdu, o ile spowodowało to powstanie Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 18) pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic powstałych w następstwie wypadku;
 - 19) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami statymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 20) leczenia o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, któremu poddał się Ubezpieczony, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z Nieszczęśliwym Wypadkiem.
2. Zakres ubezpieczenia dotyczący kosztów leczenia na terenie Polski niezależnie od postanowień § 4 ust.1 dodatkowo nie obejmuje:
 - 1) zabiegów ze wskazań estetycznych;
 - 2) zabiegów lub leczenia nie uznanego w sposób naukowy i medyczny;
 - 3) kosztów leczenia powstałych w wyniku niestosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń Lekarza Prowadzącego;
 - 4) kosztów pielęgnacji chorych oraz podróży i pobytów w celach leczniczych w sanatoriach i uzdrowiskach.
 3. Zakres ubezpieczenia obejmuje jedynie wskazane w Umowie Ubezpieczenia świadczenia, w żadnym razie zakres ubezpieczenia nie obejmuje roszczeń o zadośćuczynienie za doznane krzywdy, ból i cierpienie fizyczne czy moralne lub straty materialne wynikających z utraty lub uszkodzenia rzeczy należących do Ubezpieczonego.

§ 5 Umowa Ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na podstawie Wniosku złożonego przez Ubezpieczającego u przedstawiciela Allianz lub na odległość. Umowa Ubezpieczenia może być również zawarta poprzez przyjęcie przez Ubezpieczającego warunków Oferty złożonej przez Allianz.
 2. Allianz potwierdza zawarcie Umowy Ubezpieczenia wystawioną przez siebie polisą.
 3. Umowę Ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku, zgodnego z okresem obowiązywania Umowy Głównej, jeżeli we Wniosku lub w Ofercie nie wskazano inaczej i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – nie potwierdzono tego w polisie.
 4. Ubezpieczający dokonuje we Wniosku wyboru wariantu ubezpieczenia (spośród wymienionych w podpunktach 1) – 4) poniżej) albo Allianz proponuje Ubezpieczającemu w Ofercie jeden z tych wariantów. Suma Ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz na wypadek śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, dla każdego Ubezpieczonego określone są w następujący sposób:
 - 1) NNW 10000. Suma ubezpieczenia z tytułu Nieszczęśliwego Wypadku wskutek:
 - a) którego orzeczono Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wynosi 10 000 zł dla każdego Ubezpieczonego;
 - b) którego orzeczono przynajmniej 90% Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wynosi 20 000 zł dla każdego Ubezpieczonego;
 - c) śmierci wynosi 5000 zł dla każdego Ubezpieczonego;
 - d) ;
 - 2) NNW 50000. Suma ubezpieczenia z tytułu Nieszczęśliwego Wypadku wskutek:
 - a) którego orzeczono Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wynosi 50 000 zł dla każdego Ubezpieczonego.
 - b) Którego orzeczono przynajmniej 90% Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wynosi 100 000 zł dla każdego Ubezpieczonego.
 - c) śmierci wynosi 25000 zł dla każdego Ubezpieczonego;
 - 3) NNW 100000. Suma ubezpieczenia z tytułu Nieszczęśliwego Wypadku wskutek:
 - a) którego orzeczono Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wynosi 100 000 zł dla każdego Ubezpieczonego;
 - b) którego orzeczono przynajmniej 90% Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wynosi 200 000 zł dla każdego Ubezpieczonego;
 - c) śmierci wynosi 50000 zł dla każdego Ubezpieczonego.
- Po zawarciu Umowy Ubezpieczenia Allianz potwierdza obowiązujący dla Umowy Ubezpieczenia wariant w polisie.
5. Niezależnie od wybranego wariantu ubezpieczenia, w przypadku śmierci kierowcy lub pasażera motocykla w związku z Wypadkiem ubezpieczonego pojazdu, uposażeni otrzymują świadczenie

wypłacane w transzach w wysokości po 10 000 złotych miesięcznie przez okres 12 miesięcy.

6. W wariancie NNW 100 000, w przypadku śmierci kierowcy lub pasażerów pojazdu innego niż motocykl w związku z Wypadkiem Ubezpieczonego Pojazdu, uposażeni otrzymują świadczenie wypłacane w transzach w wysokości po 10 000 złotych miesięcznie przez okres 12 miesięcy.
7. Suma Ubezpieczenia na wypadek śmierci, odpowiednio w każdym z wariantów opisanych w ust. 4 powyżej i dla każdego Ubezpieczonego stanowi kwotę wynikającą z różnicy: Sumy Ubezpieczenia na wypadek śmierci i kwoty świadczenia wypłaconego z tytułu Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu.
8. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz zażytywał w formularzu Wniosku albo przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę Ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Allianz Umowy Ubezpieczenia, mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
9. Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać Allianz o zmianie okoliczności wymienionych w ust. 6, niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 14 dni, po otrzymaniu o nich wiadomości. W razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek określony w zdaniu poprzedzającym spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek.
10. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 8 i 9 powyżej nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ww. obowiązków doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości uznaje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe przewidziane Umową Ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
11. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia objętego ochroną na podstawie Umowy Ubezpieczenia, każda ze stron Umowy Ubezpieczenia może zażądać zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku Okresu Ubezpieczenia. W razie zgłoszenia żądania, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.
12. Na podstawie niniejszych OWU Allianz oraz Ubezpieczający uprawnieni są, za obopólną zgodą, do zawarcia Umowy Ubezpieczenia na kolejny Okres Ubezpieczenia.

§ 6 Początek i koniec odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu Umowy Ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu całości składki lub jej pierwszej raty, o ile inaczej nie wskazano we Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – nie potwierdzono tego w polisie.
2. Jeżeli Allianz ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Allianz może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka.
3. W razie opłacania składki w ratach, nieopłacenie kolejnej raty składki w terminie określonym we Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – potwierdzonym w polisie spowoduje ustanie odpowiedzialności Allianz, jeśli po upływie terminu zapłaty Allianz wezwał Ubezpieczającego do zapłaty raty składki, informując w wezwaniu o skutkach braku płatności (ustanie odpowiedzialności Allianz), o ile zapłata nie zostanie dokonana w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania.
4. Za zapłatę składki lub raty składki uważa się zapłatę pełnej kwoty określonej w złożonym Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – wskazanej w polisie.
5. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z upływem ostatniego dnia Okresu Ubezpieczenia, na jaki Umowa Ubezpieczenia była zawarta;
 - 2) po wyczerpaniu Sumy Ubezpieczenia wskutek wypłaty przez Allianz świadczenia lub świadczeń;
 - 3) z dniem zbycia Ubezpieczonego Pojazdu, z wyjątkiem przypadków, gdy przejście własności Ubezpieczonego Pojazdu następuje na rzecz leasingobiorcy lub kredytobiorcy (któremu bank

oddął przewłaszczony Ubezpieczony Pojazd do używania) w ramach umowy leasingu lub umowy kredytu, jeśli leasingobiorca lub kredytobiorca zawierał daną Umowę Ubezpieczenia na rachunek właściciela;

- 4) z dniem odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia zgodnie z ust. 6 i 7;
 - 5) z dniem wyrejestrowania Ubezpieczonego Pojazdu lub jego demontażu;
 - 6) z chwilą rozwiązania albo wygaśnięcia Umowy Głównej.
6. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 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. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie ma wpływu na losy Umowy Głównej.
7. W przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia 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 potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia zostało wystane.

§ 7 Składka ubezpieczeniowa

1. Składkę należną Allianz z tytułu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ustala się według taryfy obowiązującej w dniu zawierania Umowy Ubezpieczenia. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od wariantu, sumy ubezpieczenia oraz czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Allianz wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
3. Składka lub rata składki jest płatna gotówką, przelewem bankowym, przekazem pocztowym lub kartą płatniczą. Za datę wpłaty przyjmujemy datę zlecenia przelewu w banku, nadania przekazu, płatności kartą lub zapłacenia składki naszymu agentowi uprawnionemu przez nas do pobierania składki. Za datę opłacenia składki lub raty składki uznajemy dzień, w którym na nasz rachunek wpłynęła pełna kwota wymaganej składki lub jej raty.
4. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu Ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 8 Postępowanie w przypadku Nieszczęśliwego Wypadku, obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. W razie zajścia Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczający a także Ubezpieczony (chyba że nie wie o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek) zobowiązani są:
 - 1) podjąć działania, które zapewniają bezpieczeństwo ruchu w miejscu wypadku oraz – o ile to możliwe – udzielić pomocy medycznej osobom poszkodowanym i zabezpieczyć ich mienie,
 - 2) niezwłocznie zawiadomić o zdarzeniu policję jeśli zdarzył się wypadek, który mógł mieć związek z przestępstwem, a dodatkowo również pogotowie ratunkowe, jeśli zdarzył się wypadek, w którym zostali ranni lub zginęli ludzie,
 - 3) umożliwić Allianz zasięganie informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, w szczególności u lekarzy sprawujących nad nim opiekę po wypadku, poprzez wyrażenie zgody na uzyskanie przez Allianz ww. informacji oraz zwolnienie lekarzy z tajemnicy lekarskiej w stosunku do Allianz,
 - 4) poddać się opiece lekarskiej i zastosować do zaleceń lekarskich, jeśli Ubezpieczony ma objawy urazu powypadkowego,
 - 5) współpracować z Allianz w ustalaniu okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku oraz doznanych obrażeń,
 - 6) dołączyć do zgłoszenia zdarzenia dokumenty, które zostaną wskazane przez Allianz. Mogą to być w szczególności, w zależności od konkretnego przypadku:
 - a. wypełniony druk zgłoszenia roszczenia
 - b. opis okoliczności wypadku

- c. zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji – o ile były prowadzone i się zakończyły
 - d. notatka policyjna, jeśli Ubezpieczony zawiadomił policję – o ile została sporządzona
 - e. orzeczenie kończące postępowanie karne lub w sprawie o wykroczenie – jeśli takie postępowanie było prowadzone, a także inne posiadane dokumenty dotyczące toczącego się jeszcze postępowania, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
 - f. dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji – o ile były one prowadzone,
 - g. prawo jazdy, jeśli Ubezpieczony miał wypadek jako kierowca pojazdu,
 - h. w przypadku śmierci – akt zgonu, dokumenty potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy zgonem a Nieszczęśliwym Wypadkiem, dodatkowo również dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy.
2. Ubezpieczający jest obowiązany niezwłocznie (ale nie później niż w terminie 72 godzin, licząc od dnia Nieszczęśliwego Wypadku lub dnia, w którym Ubezpieczony dowiedział się o jego zaistnieniu), zawiadomić Allianz o zaistnieniu Nieszczęśliwego Wypadku, a następnie udzielić wyjaśnień – obowiązek ten dotyczy również Ubezpieczonego, jeśli wiedział on o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek.
 3. Jeśli Ubezpieczający lub Ubezpieczony (o ile wiedział o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek) umyślnie lub przez rażące niedbalstwo nie poinformuje Allianz o zdarzeniu, Allianz może odpowiednio zmniejszyć wypłacane odszkodowanie, gdy miało to wpływ na zwiększenie szkody lub nie pozwoliło na ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia. Skutki braku zawiadomienia Allianz o Nieszczęśliwym Wypadku nie następują, jeżeli w terminie wyznaczonym do zawiadomienia Allianz otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do naszej wiadomości.

§ 9 Ustalanie i wypłata świadczeń z tytułu Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu

1. Ubezpieczeniem objęte są świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu Ubezpieczonego, do którego doszło w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, przy czym świadczenie zostanie wypłacone w takim procencie Sumy Ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu, maksymalnie jednak do wysokości sumy określonej w Umowie Ubezpieczenia.
2. Za każdy 1% Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu przysługuje 1% Sumy Ubezpieczenia. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu na podstawie ustalonego stopnia (procentu) Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu i wypłacane jest w takim procencie Sumy Ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu, maksymalnie jednak do wysokości Sumy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej.
3. Przy ustalaniu procentu Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
4. Procent Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu Allianz ustala w oparciu o dokumentację medyczną Ubezpieczonego lub dokumentację medyczną pozyskaną przez Allianz.
5. Allianz zastrzega sobie możliwość skierowania Ubezpieczonego na badanie lekarskie przeprowadzone przez Lekarza Uprawnionego.
6. Stopień Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu powinien być ustalony przez Lekarza Uprawnionego lub lekarzy orzekających Allianz według stanu zdrowia Ubezpieczonego istniejącego, niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia wypadku.
7. Wystąpienie Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu stwierdza Lekarz Uprawniony lub lekarze orzekający Allianz na podstawie dostarczonych dokumentów oraz wyników badań, z zastrzeżeniem, że procent Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu jest ustalany na podstawie Załącznika nr 1 do tych owu „Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
8. W przypadku kilku Trwałych Uszczerbków lub uszkodzeń ciała Ubezpieczonego wartości procentowe przypisane do poszczególnych Trwałych Uszczerbków lub uszkodzeń ciała, zgodnie z Tabelą oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do wartości 100%.
9. Jeżeli wskutek wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu Ubezpieczonego określa się jako

różnicę między stanem po Nieszczęśliwym Wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed Nieszczęśliwym Wypadkiem.

10. Allianz refunduje udokumentowane koszty leczenia poniesione przez Ubezpieczonego na terenie Polski w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową, niezależnie od miejsca wystąpienia wypadku (cały świat), maksymalnie jednak do łącznej wysokości 10% Sumy Ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia na wypadek Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu.
11. Allianz zwraca Ubezpieczonemu koszty leczenia poniesione w ciągu roku od dnia Nieszczęśliwego Wypadku.
12. Za koszty leczenia na terenie Polski uznaje się:
 - 1) honoraria lekarskie;
 - 2) koszty leczenia ambulatoryjnego/szpitalnego;
 - 3) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym w zakładach opieki zdrowotnej;
 - 4) koszty lekarstw i innych medykamentów;
 - 5) koszty operacji plastycznych;
 - 6) koszty transportu medycznego środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia Ubezpieczonego;
 - 7) koszty zakupu protez i środków pomocniczych;
 - 8) koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 9) koszty zakupu środków opatrunkowych;
 - 10) koszty zakupu wózka inwalidzkiego;
 - 11) koszty zdjęć rentgenowskich, USG i innych badań diagnostycznych niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.
13. Koszty leczenia pokrywane są bez względu na wysokość ustalonego Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu Ubezpieczonego.

§ 10 Ustalanie i wypłata świadczeń na wypadek śmierci

1. Świadczenie wypłacane jest w przypadku stwierdzenia bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego z Nieszczęśliwym Wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.
2. Świadczenie w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu jednego roku od daty zaistnienia Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Jeżeli Ubezpieczony zmarł wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przed upływem jednego roku od daty wypadku, Allianz wypłaca Uposażonemu jednorazowe świadczenie zgodnie z § 5 ust. 4 OWU, w wysokości pełnej Sumy Ubezpieczenia na wypadek śmierci określonej w Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem, że wcześniej nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu. Jeżeli jednak świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostało już wypłacone, to świadczenie na wypadek śmierci zostaje pomniejszone o uprzednio wypłaconą kwotę, zgodnie z § 5 ust. 7.
4. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje Uposażonemu. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał uposażonych lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak Uposażonych lub też utracili oni prawo do świadczenia. Świadczenie przysługuje najbliższej rodzinie Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - współmatrzonkowi,
 - w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmatrzonka,
 - w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmatrzonka,
 - w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i Współmatrzonka.
 - w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

§ 11 Ustalanie i wypłata świadczeń z tytułu kosztów leczenia poniesionych na terenie Polski

1. Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz celem ich refundacji dowody poniesienia kosztów leczenia w postaci imiennych rachunków i dowodów ich zapłaty na terenie Polski, które wynikają z Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 12 Wypłata świadczeń

1. Świadczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia wypłacane jest w złotych.
2. Allianz wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Nieszczęśliwym Wypadku. Jeśli w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia

- odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia jest niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporna część świadczenia jest wypłacana zgodnie z terminem określonym w zdaniu pierwszym.
3. Jeżeli w terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia lub w ustawie Allianz nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadomi na piśmie:
- 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - 2) Ubezpieczonego, w przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
- o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaci bezsporną część świadczenia.
4. Jeśli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub jeśli przynależną kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu nasz przedstawiciel pisemnie poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego (w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) wskazując na okoliczności, oraz podstawę prawną takiej decyzji. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 13 Postępowanie reklamacyjne

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to robić:
 - a. Na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b. ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub naszym biurze (adres wskazany wyżej),
 - c. elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się Zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
3. Allianz rozpatrzy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowie na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Allianz poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakiego są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustala, aby rozpatrzyć sprawę oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.

4. Allianz odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem Allianz odpowie na reklamację, skargę zażalenie wyłączone na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniom udostępnione są na stronie internetowej www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
6. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
7. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody.) Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
8. 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/>

§ 14 Postanowienia końcowe

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
2. Prawem właściwym dla umów ubezpieczenia zawieranych w oparciu o OWU jest prawo polskie.
3. W relacjach wynikających z tych OWU Allianz stosuje język polski.
4. Allianz posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.
5. Niniejsze OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 149/2024 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 7 grudnia 2024 roku.

Marcin Kulawik
Prezes Zarządu

Vojtěch Pivný
Członek Zarządu

Andrzej Wasilewski
Członek Zarządu

Monika Leżyńska
Członek Zarządu

Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku

A. USZKODZENIA GŁOWY		
Procent uszczerbku na zdrowiu		
1.	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a)	Znaczne, rozległe (powyżej 5 cm długości), szpeczące, ściągające blizny – w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn itp. Utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (w zależności od powierzchni):	1-10
b)	poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1-10
c)	od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11-20
d)	powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21-30
UWAGA: W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać według punktu 1 a.		
2.	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki w zależności od rozległości wgłobień i fragmentacji	1-10
3.	Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
a)	poniżej 10 cm ²	1-10
b)	od 10 do 50 cm ²	11-15
c)	powyżej 50 cm ²	16-25
UWAGA: – Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, ocenioną według powyższej zasady należy zmniejszyć o połowę. – Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według punktu 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki według punktu 1.		
4.	Utrwalone, utrzymujące się powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego płynnotoku usznego lub nosowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	1-15
5.	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (uwzględniając skalę Lovetta lub odpowiednio Ashwortha):	
a)	porażenie potyliczne, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	100
b)	głęboki niedowład potyliczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn (2° do 3° według skali Lovetta lub 4°-3° według skali Ashwortha)	60-80
c)	średniego stopnia niedowład potyliczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3°-4° według skali Lovetta lub 3°-2° według skali Ashwortha)	40-60
d)	nieważnego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład potyliczny lub obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° według skali Lovetta lub 2-1°, 1° według skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5-40
e)	porażenie kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha):	
	– prawej	70-90
	– lewej	60-80
f)	niedowład kończyny górnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha):	
	– prawej	70-90
	– lewej	60-80
g)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha):	
	– prawa	50-60
	– lewa	40-50
h)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2°-2/3° według skali Lovetta lub 4-3° według skali Ashwortha):	
	– prawa	30-50
	– lewa	20-40
i)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha):	
	– prawa	10-30
	– lewa	5-20
j)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha):	40-50
k)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2-2/3° według skali Lovetta lub 4-3° według skali Ashwortha):	25-40

l)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3-3/4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha)	15-25
ł)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4-4/5 ° według skali Lovetta lub 2/1,1° według skali Ashwortha)	5-15

UWAGA:

- W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo według punktu 11 uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%.
- W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać według punktu od 5 j do 5 ł oddzielnie dla każdej kończyny.

SKALA LOVETTA

0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej,
1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej,
2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej,
3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej,
4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej
5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

SKALA ASHWORTH

1 – brak wzmożonego napięcia mięśniowego
2 – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny
3 – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łataw poddaje się zginaniu
4 – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania
5 – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania

6.	Zespoły pozapiramidowe:	
a)	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b)	znacznego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, nie wymagający opieki osób trzecich	41-70
c)	średniego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, nie wymagający opieki osób trzecich	21-40
d)	nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, nie wymagający opieki osób trzecich	11-20
e)	zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-10
7.	Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:	
a)	uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b)	utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41-80
c)	utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11-40
d)	utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1-10
8.	Padaczka (leczona) jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:	
a)	padaczka z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem uniemożliwiająca samodzielną egzystencję	71-100
b)	padaczka z rzadkimi napadami, ale ze zmianami otępiennymi znacznie utrudniająca samodzielne funkcjonowanie	50-70
c)	padaczka z bardzo częstymi napadami uogólnionymi – 3 napady w tygodniu i więcej	31-40
d)	padaczka z napadami uogólnionymi – powyżej 2 na miesiąc	21-30
e)	padaczka z napadami uogólnionymi – 2 i mniej na miesiąc	11-20
f)	padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1-10

UWAGA:

Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzające rozpoznanie. Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone przez lekarza neurologa lub psychiatrę. Podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu. Wskazane jest wykonanie badań CT i NMR dla wykluczenia przyczyn nieurazowych.

9.	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) – wykluczone z odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych Warunków Umowy Ubezpieczenia.	
10.	Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrenne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych – wykluczone z odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych Warunków Umowy Ubezpieczenia.	
11.	Zaburzenia mowy:	
a)	afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agnafią i aleksją	100
b)	afazja całkowita motoryczna	60
c)	afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	41-59
d)	afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	21-40
e)	afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfagia	10-20
12.	Pourazowe zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a)	znacznie upośledzające czynność ustroju	31-50
b)	nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20-30
13.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, błoczkowy, odwodzący):	

a)	z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	21-30
b)	z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11-20
c)	z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5-10
d)	zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1-10
14.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a)	czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1-10
b)	ruchowe	1-10
c)	czuciowo-ruchowe	2-20
15.	Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a)	obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
b)	obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3-19
c)	izolowane uszkodzenie centralne	2-10
UWAGA: – Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać według punktu 49. – Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać według punktu 5.		
16.	Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddychu, krążenia i funkcji przewodu pokarmowego:	
a)	dużego stopnia	26-50
b)	średniego stopnia	11-25
c)	niewielkiego stopnia	5-10
17.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
18.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
UWAGA: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu należy oceniać według punktu 5.		
B. USZKODZENIA TWARZY		
19.	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a)	oszczędzenia – widoczne, szpeczące, rozległe (powyżej 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) blizny i ubytki bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1-10
b)	oszczędzenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	5-25
c)	oszczędzenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (sumując ocenę za oszczędzenie z oceną poszczególnych zaburzeń funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	26-60
d)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
UWAGA: – Jeżeli blizny dotyczą nosa oceniać łącznie według punktu 20. – Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę według punktu 19.		
20.	Uszkodzenia nosa (w tym złamanie kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich):	
a)	widoczne, szpeczące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcji, bez zaburzeń oddychania i powonienia – w zależności od rozległości uszkodzenia	1-5
b)	uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcji – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	6-15
c)	uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcji – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-19
d)	zaburzenia lub utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	2-5
e)	utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	21-30
UWAGA: Zalecane jest potwierdzenie utraty powonienia obiektywnymi badaniami.		
21.	Utrata zębów – niezależnie od uzupełnienia protetycznego:	
a)	stałe siekacze i kły – za każdy zqb:	
	I. utrata częściowa korony (poniżej 1/2 korony)	0,5
	II. utrata całkowita korony z zachowaniem korzenia (co najmniej 1/2 korony)	1
	III. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	2
b)	pozostałe zęby – za każdy zqb:	
	I. utrata korony (co najmniej 1/2 korony)	0,5
	II. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	1
c)	utrata zęba mlecznego	0,5

UWAGA:

Przy skojarzonej utracie zębów z utratą szczęki lub żuchwy oceniać według punktu 23.

22. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonej zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia:

a) nieznacznego stopnia	1-5
b) znacznego stopnia	6-10

UWAGA:

- W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku, należy oceniać dodatkowo według punktu 13c, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli do punktu 27a.
- W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu.
- Jeżeli uszkodzeniom kości twarzoczaszki towarzyszy osłabienie oceniać jedynie według punktu 19.
- W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z punktu 24.

23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z osłabieniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, osłabienia i powikłań:

a) częściowa	10-35
b) całkowita	36-50

24. Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odcinków:

a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10

25. Ubytek podniebienia

a) bez zaburzeń połykania	5-10
b) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	11-25
c) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	26-40

26. Ubytki i urazy języka – w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:

a) ubytki języka – ubytki niewielkiego stopnia bez zaburzeń mowy	1-3
b) ubytki i zniekształcenia języka średniego stopnia upośledzające odżywianie i mowę w stopniu nieznacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	4-15
c) duże ubytki języka i znaczne zniekształcenia, upośledzające odżywianie i mowę w stopniu umiarkowanie i znacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	16-40
d) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU**UWAGA:**

- Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.
- Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku.

27. Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu:

- a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu, trwały uszczerbek ocenia się według Tabeli (tabela do punktu 27a – str. 5)

Tabela do punktu 27 a

Ostrość wzroku oka prawego \ Ostrość wzroku oka lewego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (1/2)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Procent trwałego uszczerbku											
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (1/2)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

- b) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej

40

UWAGA:

- Wartość uszczerbku w punkcie 27 b obejmuje osłabienie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.
- W przypadku utrwalonego dwojenia obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku oceniać według punktu 13 c.

28. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:

a) jednego oka	15
b) obu oczu	30

29.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a)	z zaburzeniami ostrości wzroku według tabeli do punktu 27 a	
b)	z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia, dodatkowo	1-5
30.	Uszkodzenie gałki ocznej – wskutek urazów drążących:	
a)	z zaburzeniami ostrości wzroku według tabeli do punktu 27 a	
b)	z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia, dodatkowo	1-5
31.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a)	w zależności od zaburzeń ostrości wzroku według tabeli do punktu 27 a	
b)	z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia, dodatkowo	1-5
32.	Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać według poniższej Tabeli:	
Tabela do punktu 32		
	Zwężenie do	Przy niezwązonym polu w drugim oku
	60°	0
	50°	1-5%
	40°	6-10%
	30°	11-15%
	20°	16-20%
	10°	21-25%
	poniżej 10°	26-35%
		W obu oczach
		0
		10-15%
		16-25%
		26-50%
		51-80%
		81-90%
		91-95%
		Przy ślepotcie drugiego oka
		20-35%
		36-45%
		46-55%
		56-70%
		71-85%
		86-95%
		96-100%
33.	Połowicze i inne niedowidzenia:	
a)	dwuskroniowe	60
b)	dwunosowe	30
c)	jednoimienne	30
d)	inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	1-15
34.	Bezsoczewkowość pourazowa bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji:	
a)	w jednym oku	15
b)	w obu oczach	30
UWAGA: W przypadku gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku ocenia się dodatkowo według Tabeli do punktu 27a z ograniczeniem do 35% w przypadku jednego oka i do 100% w obu oczach.		
35.	Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowo) przy współistnieniu nie poddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:	
a)	w jednym oku według Tabeli do punktu 27 a w granicach	15-35
b)	w obu oczach według Tabeli do punktu 27 a w granicach	30-100
36.	Zaburzenia drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcji operacyjnej – w zależności od stopnia i natężenia objawów:	
a)	w jednym oku	5-10
b)	w obu oczach	10-15
37.	Odwartwienie siatkówki jednego oka – pourazowe – oceniać według Tabeli do punktu 27 a i Tabeli do punktu 32 i/lub punktu 33 d, nie mniej niż	3
UWAGA: Urazowe odwartwienie siatkówki jednego oka uznajemy jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując trwałe uszkodzenie istniejące przed urazem). Odwartwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy (po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp.) nie są uznawane za pourazowe.		
38.	Jaskra – wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3
UWAGA: W przypadku pogorszenia ostrości wzroku – ocena według Tabeli do punktu 27a oraz w przypadku koncentrycznego zwężenia pola widzenia – ocena według Tabeli do punktu 32, z zastrzeżeniem, że ogólny procent trwałego uszkodzenia na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% dla jednego oka i 100% dla obu oczu.		
39.	Wytrzeszcz tęczniocy – w zależności od stopnia:	
a)	jednostronny	35
b)	obustronny	100
40.	Zaćma pourazowa – oceniać według Tabeli do punktu 27a, po zakończonym leczeniu i optymalnej korekcji.	
41.	Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka:	
a)	niewielkie zmiany	1-5
b)	duże zmiany, blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek	6-10

UWAGA:

- Suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%).
- Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy oceniać według punktu 19 lub 22 uzupełniając ocenę o punkt 27a.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU**42. Upośledzenie ostrości słuchu.**

Przy upośledzeniu ostrości słuchu, trwały uszczerbek ocenia się według niżej podanej Tabeli:

Tabela do punktu 42 Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu według Rosera (w mod.)				
Ucho prawe Ucho lewe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	powyżej 70 dB
0 – 25 dB	0%	5%	10%	20%
26 – 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 – 70 dB	10%	20%	30%	40%

UWAGA:

Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.

43. Urazy małżowiny usznej:

a)	znieszczenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny – w zależności od stopnia uszkodzeń	1-10
b)	całkowita utrata jednej małżowiny	15
c)	całkowita utrata obu małżowin	30

44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu: oceniać według Tabeli do punktu 42**45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego w związku z urazem:**

a)	jednostronne	5
b)	obustronne	10

46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe powikłane: perlakiem, zapaleniem kości lub inną patologią – w zależności od stopnia powikłań:

a)	jednostronne	5-15
b)	obustronne	10-20

**47. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, kości skroniowej
Ocenać według Tabeli do punktu 42****48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:**

a)	z uszkodzeniem części słuchowej	Ocenać według Tabeli do punktu 42
b)	z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi)	1-20
c)	z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, wymioty, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się.)	21-50
d)	z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia oceniać łącznie według punktów 48a i 48b lub 48a i 48c.	

49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a)	jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-25
b)	dwustronne	10-50

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU**50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji**

5-10

51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:

a)	niewielka okresowa duszność, chrypka	5-10
b)	świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się, w zależności od nasilenia objawów	11-30

52. Uszkodzenie krtani powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:

a)	z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	30-59
b)	z bezgłosem	60

53. Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła – w zależności od stopnia jej zwężenia:

a)	bez niewydolności oddechowej	1-10
b)	z dusznością w trakcie wysiłku fizycznego	11-20
c)	z dusznością w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagającą okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	21-40
d)	z dusznością spoczynkową – duże zwężenie, utrzymujące się po korekcy, potwierdzone badaniem bronchoskopowym	41-60

54.	Uszkodzenie przełyku:	
a)	z trwałym zwężeniem, bez zaburzeń w odżywianiu	1-5
b)	z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywienia, nie wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych	6-20
c)	ze znacznymi zaburzeniami drożności, trudnościami w odżywianiu, wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych, w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywienia	21-50
d)	powiktania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki, itp. – ocena według punktu 54c, zwiększając stopień uszczerbku, w zależności od stopnia powikłań o	10-30
55.	Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:	
a)	blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące, bez ograniczenia ruchomości szyi, w zależności od rozmiaru, widoczności, tklowości blizn	1-5
b)	zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi małego i średniego stopnia – do 50% zakresu ruchomości	6-15
c)	zmiany ze znacznym ograniczeniem ruchomości szyi – powyżej 50% zakresu ruchomości, z niesymetrycznym ustawieniem głowy	16-30
d)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
UWAGA: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać według punktu 89.		
F. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA		
56.	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1-5
b)	mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	6-10
c)	średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
d)	znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągnające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40
e)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.		
57.	Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn orzekanie według punktu 56):	
a)	blizny lub częściowa utrata brodawki w zależności od rozległości blizn	1-5
b)	znaczna lub całkowita utrata brodawki – po 50 roku życia	6-10
c)	znaczna lub całkowita utrata brodawki – do 50 roku życia	11-15
d)	częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku do 50 roku życia	5-15
e)	częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku po 50 roku życia	1-10
f)	całkowita utrata sutka – do 50 roku życia	16-20
g)	całkowita utrata sutka – po 50 roku życia	10-15
h)	utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego – oceniać według powyższych punktów dodając, w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej	1-10
58.	Złamania (co najmniej dwóch) żeber:	
a)	z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	1-5
b)	z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	6-10
c)	ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
d)	ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.		
59.	Złamanie mostka:	
a)	bez zniekształceń, z potwierdzonym przewlekłym zespołem bólowym	1-3
b)	ze zrostem w przemieszczeniu, w zależności od stopnia zniekształceń i dolegliwości	4-10
60.	Złamania żeber lub mostka powiktane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się według punktu 58 lub 59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:	1-15
61.	Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a)	uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	1-5
b)	z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	6-10
c)	z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	11-25
d)	z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	26-40

62.	Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – oceniać według punktu 61, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań o:	10-20
UWAGA: Przy ocenie według punktów 56, 58, 60, 61 i 62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/ lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów Tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden punkt 56 lub 58 lub 61 przyjmując kategorię dla ustalonego stopnia niewydolności oddechowej. Pozostałe punkty oceniać jak bez upośledzenia wydolności oddechowej.		
STOPNIE UPOŚLEDZENIA WYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ: – niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70-80%, FEV1 70-80%, FEV1%VC – 70-80% – w odniesieniu do wartości należnych, – średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50-70%, FEV1 50-70%, FEV1%VC 50-70% – w odniesieniu do wartości należnych, – znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.		
63.	Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
	a) po leczeniu operacyjnym, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5
	b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6-15
	c) II klasa NYHA, EF 45%-55% 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16-25
	d) III klasa NYHA, EF 35%-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26-55
	e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56-90
UWAGA: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/ lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzenia kurczliwości.		
KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO WYRÓŻNIA NASTĘPUJĄCE STANY CZYNNOŚCIOWE SERCA:		
Klasa I.	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.	
Klasa II.	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	
Klasa III.	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	
Klasa IV.	Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.	
DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY: Fracja wyrzutowa lewej komory – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca. Fracja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Fracja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.		
DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ: MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.		
64.	Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:	
	a) bez zaburzeń funkcji po leczeniu operacyjnym	1-5
	b) zaburzenia niewielkiego stopnia	6-10
	c) zaburzenia średniego stopnia	11-20
	d) zaburzenia dużego stopnia	21-40
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA		
65.	Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:	
	a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), szpeczące	1-5
	b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekci	6-15
	c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
UWAGA: Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznawane za pourazowe.		
66.	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
	a) po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	1-5
	b) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywienia	6-10
	c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywienia	11-40
	d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – odżywianie jedynie pozajelitowe	50

67.	Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań:	
a)	jelita cienkiego	30-80
b)	jelita grubego	20-50
68.	Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:	1-10
UWAGA: Dla potrzeb niniejszej Tabeli za duże naczynia krwionośne jamy brzusznej przyjmuje się: aortę brzuszną, tętnice biodrowe wspólne, tętnice biodrowe wewnętrzne i zewnętrzne.		
69.	Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:	
a)	blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1-5
b)	powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70.	Uszkodzenia odbytnicy:	
a)	pełnościennne uszkodzenie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	1-5
b)	wypadanie błony śluzowej	6-10
c)	wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	11-30
71.	Uszkodzenia śledziony:	
a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
d)	utrata u osób poniżej 18 roku życia	20
72.	Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a)	bez zaburzeń funkcjonalnych, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	1-5
b)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu A według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	6-15
c)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu B według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	16-40
d)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu C według Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	41-60

UWAGA:

Przetokę trzustkową oceniać według ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej według punktu 72 b lub 72 c lub 72 d. Przetokę żółciową oceniać według ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych według punktu 72 b lub 72 c lub 72 d. Zwężenia dróg żółciowych orzekać według częstotliwości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie według punktu 72 b lub 72 c lub 72 d.

KLASYFIKACJA CHILDA-PUGHA – w odniesieniu do wartości należnych

Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	>3,5	2,8 - 3,5	<2,8
Bilirubina (umol/l) w sur.	<25	25-40	>40
Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	<4	4-6	>6
Wodobrzusze	Brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii	Brak	I - II°	III - IV°

GRUPA A – 5-6 pkt, GRUPA B – 7-9 pkt, GRUPA C – 10-15 pkt

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH		
73.	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji:	10-25
74.	Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej:	30
75.	Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki:	35-75
76.	Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła:	
a)	nie powodujące zaburzeń funkcji	1-5
b)	z zaburzeniem funkcji układu moczowego	6-20
77.	Uszkodzenie pęcherza – ocena po uzyskaniu optymalnego efektu terapeutycznego – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	
a)	po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji	3-5
b)	niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	6-15
c)	znacznego stopnia zaburzenia funkcji	16-30
78.	Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym:	

	a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10-25
	b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	26-50
79.	Zwężenia cewki moczowej:	
	a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-15
	b) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	16-40
	c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	41-60
UWAGA: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.		
80.	Utrata prącia:	40
81.	Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji:	3-30
82.	Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
	a) uszkodzenie w wieku do 50 roku życia	5-19
	b) uszkodzenie w wieku po 50 roku życia	1-9
	c) utrata w wieku do 50 roku życia	20
	d) utrata w wieku po 50 roku życia	10
83.	Utrata obu jąder lub obu jajników:	
	a) w wieku do 50 roku życia	40
	b) w wieku po 50 roku życia	20
84.	Pourazowy wodniak jądra:	
	a) wyleczony operacyjnie	2
	b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	3-10
85.	Utrata macicy:	
	a) w wieku do 50 lat	40
	b) w wieku powyżej 50 lat	20
86.	Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:	
	a) Rozległe blizny, ubytki, deformacje	1-5
	b) wypadanie pochwy utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	6-10
	c) wypadanie pochwy i macicy utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	30
I. OSTRE ZATRUCIA, NAGŁE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH (orzeczenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu może nastąpić nie wcześniej niż po 6-ciu miesiącach)		
87.	Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami chemicznymi – uznane za nieszczęśliwy wypadek:	
	a) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim i średnim, które nie są oceniane w odrębnych punktach odpowiednich dla danego narządu lub układu	1-15
	b) z trwałym uszkodzeniem układu krwiotwórczego	16-25
UWAGA: – Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według punktów odpowiednich dla danego narządu lub układu.		
88.	Inne następstwa zatrucia oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem) w zależności od stopnia uszkodzenia powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim i średnim	1-15
UWAGA: – Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według punktów odpowiednich dla danego narządu lub układu. – Jeśli potwierdzono, że do zatrucia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku – uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać według odpowiednich Tabel do punktów 27a, 32, 42. – Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.		
J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA		
89.	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym powstałe w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym („smagnięcia biczem”)	
	a) zespół bólowy miejscowy z niewielkim ograniczeniem ruchomości	1-5
	b) zespół bólowy miejscowy ze znacznym ograniczeniem ruchomości	6-10
90.	Uszkodzenie kostno-więzadłowe kręgosłupa potwierdzone badaniami dodatkowymi (CT, MR, RTG czynnościowe) w odcinku szyjnym:	
	a) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-6
	b) z ograniczeniem ruchomości 26%-50%	7-14
	c) z ograniczeniem ruchomości 51%-75%	15-20
	d) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21-29

e)	zesztywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
f)	zesztywnienie w niekorzystnym ustawieniu głowy	45
g)	niestabilność (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg – oceniając przemieszczenie sąsiednich trzonów lub/i rotację) ocenia się według punktów 90a lub 90b lub 90c lub 90d, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	1-8
h)	powiktane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według punktów 90a lub 90b lub 90c lub 90d lub 90g zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5

UWAGA:
Przy występowaniu objawów korzeniowych, ocenianych w punkcie 90, dodatkowa ocena według punktu 95. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według punktu 95. Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku w obrębie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.

ZAKRESY RUCHOMOŚCI: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°.

91.	Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th11) potwierdzone badaniami dodatkowymi (CT, MR, RTG)	
a)	z ograniczeniem ruchomości do 50%	1-9
b)	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10-19
c)	zesztywnienie w pozycji fizjologicznej	20
d)	zesztywnienie w ustawieniu niekorzystnym	21-30
e)	uszkodzenia kręgosłupa powiktane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się według punktu 91a-d zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5

UWAGA:
Przy występowaniu objawów korzeniowych, ocenianych w punkcie 91, dodatkowa ocena według punktu 95. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według punktu 95. Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku w obrębie kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 30%.

ZAKRESY RUCHOMOŚCI: zgięcie 60°, rotacja po 30°, test Schobera 10-11cm (od C7 do S1) z tego na odcinek piersiowy 2-3 cm.

92.	Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th12-L5) potwierdzone badaniami dodatkowymi (CT, MR, RTG)	
a)	z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-6
b)	z ograniczeniem ruchomości 26%-50%	7-14
c)	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15-29
d)	zesztywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
e)	zesztywnienie w niekorzystnym ustawieniu tułowia	40
f)	uszkodzenia kręgosłupa powiktane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się według punktów 92a-e zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5

UWAGA:
– Przy występowaniu objawów korzeniowych, ocenianych w punkcie 92, dodatkowa ocena według punktu 95. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według punktu 95. Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku w obrębie kręgosłupa lędźwiowego nie może przekroczyć 40%.
– Kręgoszyk rzekomy (zwyródnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.

ZAKRESY RUCHOMOŚCI: zgięcie 60°, wyprost 25°, pochylanie na boki po 25°, test Schobera 10-11cm (od C7 do S1) z tego na odcinek lędźwiowy 7-8 cm.

93.	Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych, ościastych – w zależności od ograniczenia ruchomości kręgosłupa, ocenia się według punktów 90-92.	

94.	Uszkodzenie rdzenia kręgowego oceniane według skali Lovetta lub odpowiednio Ashwortha:	
a)	zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów w zależności od stopnia zaburzeń	1-10
b)	zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów, zespół stożka końcowego oraz objawy piramidowe bez niedowładów, w zależności od stopnia zaburzeń	5-30
c)	niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych (4° w skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (4° w skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha) lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej (3-4° w skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha)	5-30
d)	średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej (0-2° w skali Lovetta lub 5-4° według skali Ashwortha)	31-60
e)	głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha), niedowład cztero-kończynowy (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia z niedowładem kończyn (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha)	61-90
f)	porażenie kończyn górnych i /lub dolnych (0-1° w skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha), głęboki niedowład cztero-kończynowy (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia z porażeniem kończyn (0-1° w skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	100

95.	Urazowe zespoły korzeniowe – w zależności od stopnia:	
a)	szyjne niewielkiego stopnia	1-5
b)	szyjne znacznego stopnia	6-15
c)	piersiowe	1-10

d)	łędźwiowo-krzyżowe niewielkiego stopnia	1-5
e)	łędźwiowo-krzyżowe znacznego stopnia	6-15
f)	guziczne	5

UWAGA:

Zaburzenia stwierdzone w punkcie 95 a-f muszą mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z diagnostyki i leczenia następstw zdarzenia. Za niewielkie należy uznać stwierdzone badaniem zaburzenia czucia, osłabienie lub zniesienie odruchów, a za znacznego stopnia gdy występują niedowłady oraz zaniki mięśniowe.

K. USZKODZENIA MIEDNICY

96.	Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwinięcie stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:	
a)	utrwalone rozejście spojenia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu	1-5
b)	utrwalone rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu	6-15
c)	utrwalone zwinięcie stawu krzyżowo-biodrowego niewielkiego stopnia, w zależności od stopnia zaburzeń chodu	1-10
d)	utrwalone zwinięcie stawu krzyżowo-biodrowego znacznego stopnia, w zależności od stopnia zaburzeń chodu	11-30

UWAGA:

Jeżeli rozejściu spojenia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy oceniać według punktu 97 lub 98.

97.	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:	
a)	w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa – obie gałęzie, kość łonowa i kulszowa)	1-10
b)	w odcinku przednim obustronnie	5-15
c)	w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	10-30
d)	w odcinku przednim i tylnym obustronnie	20-40

UWAGA:

Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać według punktu 98.

98.	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy biodrowej:	
a)	jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np.: złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	1-3
b)	jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – ze zniekształceniem i zaburzeniami funkcji	4-8
c)	mnogie złamania kości miednicy i /lub kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	2-7
d)	mnogie złamania kości miednicy i/ lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	8-15

UWAGA:

– Złamanie panewki stawu biodrowego – w zależności od upośledzenia funkcji stawu – oceniać według punktu 143.

– Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać według punktu 146.

– Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

ŁOPATKA		Prawa (dominująca)	Lewa
99.	Złamanie łopatki:		
a)	wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny	1-5	1-3
b)	wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości do 30%	6-12	4-9
c)	wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	13-20	10-15
d)	wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	21-40	16-30

UWAGA:

Normy punktu 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

OBOJCZYK

100.	Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości:		
a)	niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego do 20%	1-8	1-6
b)	deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego powyżej 20%	9-20	7-15

UWAGA:

W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 101.

101.	Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:		
a)	zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym do 20%	10-14	8-12
b)	zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym powyżej 20%.	15-25	13-20
102.	Zwinięcie, podwinięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego, w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:		

a)	brak lub niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I°)	1-5	1-3
b)	wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II°, II°/III°)	6-10	4-8
c)	wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II°/III°, III°)	11-15	9-13
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.			
103.	Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości – ocenia się według jednego z punktów 100, 101 lub 102 – zwiększając stopień trwałego uszczerbku o:	5	
STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY		Prawa (dominująca)	Lewa
104.	Uszkodzenia stawu ramiennie-łopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur stawu – w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.:		
a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-11	1-7
b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%-50%	12-19	8-14
c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20-35	15-30
UWAGA: Uszkodzenie stawu ramiennie-łopatkowego wygojone protezą należy oceniać według punktu 104.			
105.	Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:	20-35	15-30
106.	Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną:	5-25	5-20
UWAGA: Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu ramiennie-łopatkowego. Przy orzekaniu według punktu 106 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną – w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego. Jeżeli całość dokumentacji medycznej pochodzi z okresu objęcia ochroną ubezpieczeniową, a zwichnięcie nawykowe zgłaszane jest po raz pierwszy – orzekać według punktu 106. Gdy dokumentacja medyczna wskazuje na występowanie zwichnięć nawykowych przed okresem objęcia ochroną: – jeżeli pomiędzy zgłaszanym obecnie zwichnięciem, które wystąpiło w okresie udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, a poprzednim zwichnięciem (przed okresem objęcia ochroną) upłynęło ponad 5 lat, zdarzenie traktować jako zdarzenie niezależne, o charakterze zwichnięcia urazowego, orzekać według punktu 104. Kolejne zgłoszone zwichnięcie traktowane będzie jako nawykowe, orzekane z punktu 106. Jeżeli wskazany powyżej okres jest krótszy niż 5 lat, analizować mechanizm, który doprowadził do wystąpienia aktualnie orzekanego zwichnięcia: – nagłe zadziałanie siły zewnętrznej – traktować jako pierwotny wynik urazu – orzekać według punktu 106. – jeżeli do zwichnięcia doszło w trakcie normalnej, codziennej aktywności życiowej – nie uznawać komponenty urazowej (zdarzenie przyczynowo związane jest ze stanem zdrowia)			
107.	Staw ramienny wiotki, cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji:	25-40	20-35
UWAGA: Staw wiotki z powodu porażeń – ocenia się według norm neurologicznych.			
108.	Zeszytywnienie stawu ramiennie-łopatkowego (całkowity brak ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym):		
a)	w ustawieniu czynnościowo korzystnym	20	15
b)	w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	21-40	16-35
109.	Bliznowaty przykurcz stawu ramiennie-łopatkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu orzekać według punktu 104 lub 108.		
110.	Uszkodzenie stawu ramiennie-łopatkowego powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp. – ocenia się według punktów 104, 105, 106, 107, 108 lub 109, zwiększając stopień uszczerbku o:	3	
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stawu ramiennie-łopatkowego oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.			
111.	Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym:	70	65
112.	Utrata kończyny wraz z łopatką:	75	70
ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU RAMIENNO-ŁOPATKOWEGO – zgięcie 0-180°, wyprost 0-60°, odwodzenie 0-90°, unoszenie 90-180° (niekiedy odwodzenie i unoszenie określane jest jednym terminem jako odwodzenie i wtedy zakres ruchu wynosi 0-180°), przywodzenie 0-50°, rotacja zewnętrzna 0-70°, rotacja wewnętrzna 0-100° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20-40° zgięcia, 20-50° odwiedzenia i 30-50° rotacji wewnętrznej)			
RAMIĘ		Prawe (dominujące)	Lewe
113.	Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie ramiennie-łopatkowym i łokciowym:		
a)	upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub/i łokciowym do 30%	1-15	1-10
b)	upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub/i łokciowym powyżej 30%	16-30	11-25
c)	złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości itp. ocenia się według punktu 113 a lub 113 b, zwiększając stopień trwałego uszczerbku w zależności od zaburzeń funkcji o	5	
114.	Staw rzekomy kości ramiennej	30	25
115.	Uszkodzenia mięśni, przyczepów, ścięgien i naczyń – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a)	zmiany niewielkie	1-5	1-4

b)	zmiany średnie	6-12	5-9
c)	zmiany duże	13-20	10-15
UWAGA: Według punktu 115 orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 113.			
116.	Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a)	z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b)	przy dłuższych kikutach	65	60
STAW ŁOKCIOWY		Prawy (dominujący)	Lewy
117.	Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych:		
a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5	1-4
b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-15	5-10
c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16-30	11-25
118.	Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a)	w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	25	20
b)	w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i w zależności od ograniczenia zakresu ruchów obrotowych przedramienia	26-30	21-25
c)	w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (do 20°)	45	40
d)	w innych niekorzystnych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30-45	25-40
119.	Uszkodzenia łokcia – zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych:		
a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5	1-4
b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-15	5-10
c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16-30	11-25
UWAGA: Według punktu 119 orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 117.			
120.	Staw łokciowy cepowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25
121.	Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami itp. ocenia się według jednego z punktów 117, 118, 119 lub 120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o		5
Zakres ruchomości stawu łokciowego: od 5-10° przeprostu, do 160° zgięcia			
PRZEDRAMIĘ		Prawe (dominujące)	Lewe
122.	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące zniekształcenia i ograniczenia ruchomości nadgarstka – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji:		
a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-6	1-5
b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-15	6-10
c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16-25	11-20
d)	zesztywnienie przedramienia w położeniu korzystnym	20	15
e)	zesztywnienie przedramienia w położeniu niekorzystnym	25-30	20-25
123.	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchów do 20%	1-6	1-5
b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchów w zakresie 21-50%	7-15	6-10
c)	duże zmiany, zmiany wtórne i inne z ograniczeniem ruchów powyżej 50%	16-30	11-25
124.	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):		
a)	niewielkie zmiany	1-5	1-4
b)	średnie zmiany	6-10	5-8
c)	duże zmiany	11-20	9-15
UWAGA: – Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według jednego z punktów 122, 123, 125, 126. – W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 125.			
126.	Staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych:		
a)	średniego stopnia	10-25	10-20
b)	dużego stopnia	26-40	21-35
127.	Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, ubytkiem tkanki kostnej – ocenia się według jednego z punktów 122, 123, 124, 125 lub 126, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o		5

128.	Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do protezowania:	55-60	50-55
129.	Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka:	55	50
ZAKRESY RUCHOMOŚCI PRZEDRAMIENIA: – nawracanie 0-80°, odwracanie 0-80° (pozycja funkcjonalna – 20° nawrócenia)			
NADGARSTEK		Prawy (dominujący)	Lewy
130.	Uszkodzenia nadgarstka: skręcenia, zwłknięcia, złamania – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:		
a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-6	1-5
b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-15	6-10
c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16-25	11-20
131.	Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
a)	w ustawieniu czynnościowo korzystnym	20	15
b)	w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	25-30	20-25
132.	Uszkodzenie nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami – ocenia się według jednego z punktów 130 lub 131, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o:	5	
133.	Utrata ręki na poziomie nadgarstka:	55	50
ZAKRESY RUCHOMOŚCI NADGARSTKA: zgięcie dłoniowe 70° (czynne), 80° (bierne), zgięcie grzbietowe 60° (czynne), 80° (bierne), odchylenie promieniowe 20°, odchylenie łokciowe 30° (pozycja funkcjonalna – od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego).			
ŚRÓDRĘCZE		Prawe (dominujące)	Lewe
134.	Uszkodzenie śródręcza: kości, części miękkich – w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych:		
a)	I kość śródręcza (w zależności od funkcji kciuka):		
I.	z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	1-6	1-5
II.	z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-12	6-9
III.	z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	13-20	10-15
b)	II kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca wskazującego):		
I.	z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-5	1-3
II.	z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	6-9	4-6
III.	z ograniczeniem powyżej 60%	10-15	7-10
c)	III kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych):		
I.	z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20-50%	1-2	1
II.	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3-5	2-4
d)	IV, V kość śródręcza (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) – ocena osobna dla każdej kości śródręcza:		
I.	z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20-50%	1-2	1
II.	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3-4	2
KCIUK		Prawy (dominujący)	Lewy
135.	Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości kciuka oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
a)	częściowa lub całkowita utrata opuszki	1-4	1-2
b)	częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego w zależności od zmian wtórnych	5-10	3-6
c)	utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości paliczka podstawnego) – w zależności od zmian wtórnych	11-15	7-10
d)	utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	16-20	11-15
e)	utrata obu paliczków z kością śródręcza	21-25	16-20
136.	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwłknięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych:		
a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-5	1-3
b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26-50%	6-10	4-8
c)	znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51-75%	11-15	9-12
d)	bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	16-20	13-15
UWAGA: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka bierze się pod uwagę przede wszystkim zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu.			

ZAKRESY RUCHOMOŚCI KCIUKA:

- staw śródręczno-paliczkowy 0-60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy 0-80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)
- odwodzenie 0-50°
- przywodzenie – maksymalna odległość między kreską zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kreską zgięciową stawu śródręczno-paliczkowego palca V – pełny zakres ruchu – 0 cm, brak ruchu – 8 cm
- opozycja (przeciwstawianie) – maksymalna odległość między kreską zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kreską zgięciową stawów śródręczno-paliczkowych na wysokości III stawu śródręczno-paliczkowego – pełny zakres ruchu – 8 cm, brak ruchu – 0 cm

PALEC WSKAZUJĄCY		Ręka prawa (dominująca)	Lewa
137.	Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:		
a)	utrata częściowa opuszki	1-2	1
b)	utrata paliczka paznokciowego	3-5	2-3
c)	utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	6-9	4-7
d)	utrata paliczka środkowego	10	8
e)	utrata trzech paliczków	15	10
f)	utrata wskaziciela z kością śródręcza	16-20	11-15
138.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:		
a)	zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-3	1-2
b)	zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-40%	4-6	3-4
c)	zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41-70%	7-11	5-7
d)	zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%	12-15	8-10
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY		Ręka prawa (dominująca)	lewa
139.	Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:		
a)	palec III – utrata paliczka paznokciowego	3	2
b)	palec III – utrata dwóch paliczków	7	5
c)	palec III – utrata trzech paliczków	10	8
d)	palec IV i V – utrata paliczka paznokciowego	2	1
e)	palec IV i V – utrata dwóch paliczków	4	2
f)	palec IV i V – utrata trzech paliczków	7	3
140.	Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza:		
a)	palec III	10-12	8-10
b)	palec IV i V	7-9	3-5
c)	utraty mnożone:		
	I. jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	35	25
	II. całkowita amputacja kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
	III. całkowita amputacja dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	2	8
	IV. całkowita amputacja trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	20	15
	V. całkowita amputacja czterech palców łącznie z kciukiem	45	40
	VI. całkowita amputacja czterech palców innych niż kciuk	40	35

UWAGA:

Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku ręki nie może przekroczyć 55% – prawej (dominującej) i 50% – lewej.

Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż łączna całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki.

		Ręka prawa (dominująca)	lewa
141.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:		
a)	palec III:		
	I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1-2	1-2
	II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3-5	3-4
	III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1-5	1-4
	IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	6-10	5-8
b)	palec IV i V:		

I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1-2	1
II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3-4	2
III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1-4	1-2
IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	5-8	3-4

ZAKRESY RUCHOMOŚCI – PALCE II-V:

- staw śródręczno-paliczkowy 0-90° (pozycja funkcjonalna 30° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy bliższy 0-100° (pozycja funkcjonalna 40° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy dalszy 0-70° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)

M. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

STAW BIODROWY

142. Utrata kończyny dolnej:	
a) przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	75
b) odjęcie powyżej 1/2 uda	65
143. Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego – w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2-12
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	13-24
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	25-35
144. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40-45
145. Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp. – ocenia się według punktu 143, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5
146. Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego, w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu:	
a) bez ograniczeń funkcji	15
b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	16-25
c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	26-45

UWAGA:

- Należy zwracać uwagę na zgłaszane jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych ocenę trwałego uszczerbku ogranicza się wyłącznie do spowodowanego przedmiotowym nieszczęśliwym wypadkiem.
- W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń biodra oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181.
- W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.

ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU BIODROWEGO

- zgięcie 0-120°, wyprost 0-20°, odwodzenie 0-50°, przywodzenie 0-40°, rotacja na zewnątrz 0-45°, rotacja do wewnątrz 0-50°.

UDO

147. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:	
a) izolowane skrócenie w zakresie 1-3 cm	5-10
b) izolowane skrócenie powyżej 3 cm do 5 cm	11-20
c) izolowane skrócenie powyżej 5 cm	21-30
d) niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm włącznie lub bez skrócenia	5-15
e) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie powyżej 3 cm do 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu średnim	16-30
f) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu znacznym	31-40
148. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia, zmian zapalnych i zaburzeń wtórnych	30-55
149. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od zaburzeń funkcji kończyny:	
a) niewielkiego stopnia	1-5
b) średniego stopnia	6-10
c) znacznego stopnia	11-20

UWAGA:

Według punktu 149 oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 147.

150. Uszkodzenie dużych naczyń – w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań:	5-30
151. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym – ocenia się według punktu 147, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od rozmiarów powikłań o	5
152. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według punktów 147-150, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o	10-60

UWAGA:

Łączny stopień uszkodzenia ocenianego według punktów 147-152 i punktu 153 nie może przekroczyć 60%.

153. Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oprotezowania: 55-60

KOLANO

154. Złamania kości tworzących staw kolanowy – w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się według punktu 155:

a) utrata ruchomości w zakresie 0-40° za każde dwa stopnie ubytku ruchu	1
b) utrata ruchomości w zakresie 41°-90° za każde 5 stopni	1
c) utrata ruchomości w zakresie 91°-120° za każde 10 stopni ubytku ruchu	1
d) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej (0-15°)	25
e) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie niekorzystnej	35

155. Uszkodzenia aparatu więzadłowo – torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowo ocenia się według punktu 154.

a) niestabilność jednopłaszczyznowa I°, z niewielkimi zmianami wtórnymi (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	1-5
b) niestabilność jednopłaszczyznowa II°, dwupłaszczyznowa I°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	6-12
c) niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa II°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	13-19
d) niestabilność dwupłaszczyznowa III°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	20-25
e) globalna niestabilność w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	26-35

156. Inne następstwa urazów stawu kolanowego (przewlekłe wysiękowe zapalenia, chondromalacja, następstwa zwłknięcia rzepki, niestabilności rzepki, uszkodzenia łątek w zależności od funkcji stawu kolanowego oraz stopnia nasilenia istniejących dolegliwości

1-10

UWAGA:

– Łączny stopień pourazowego trwałego uszkodzenia stawu kolanowego nie może przekroczyć 40%.

– Nie każde rozpoznanie nawykowego zwłknięcia rzepki należy traktować jako urazowe. Każdorazowo należy brać pod uwagę mechanizm urazu (nagłe zadziałanie siły zewnętrznej), skutki urazu (rozerwanie torebki stawowej i krwiak śródstawowy), sposób leczenia (unieruchomienie w opatrunku gipsowym lub nie), a także współistnienie zmian anatomicznych (takich jak dysplazja stawu rzepkowo-udowego stwierdzana na zdjęciach ośiowych, znaczna koślawość kolana, wiotkość wielostawowa), choroby predysponujące do powstania nawykowego zwłknięcia rzepki (zespół Downa, dysplazja nasadowa, lub nasadowo-kręgową). Każdorazowo analizę należy oprzeć o pełną dokumentację medyczną.

157. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego 50

ZAKRES RUCHOMOŚCI STAWU KOLANOWEGO:

Funkcjonalny zakres ruchomości w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia.

PODUDZIE

158. Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian:

a) izolowane skrócenie w zakresie 1-3 cm	5-10
b) izolowane skrócenie powyżej 3 cm do 5 cm włącznie	11-20
c) izolowane skrócenie powyżej 5 cm	21-30
d) niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm włącznie lub bez skrócenia	5-15
e) średnie zmiany ze skróceniem powyżej 3 cm do 5 cm włącznie	16-30
f) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm	31-40

159. Izolowane złamanie strzałki – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny

1-3

160. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych:

a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-5
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	6-10
c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20

161. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:

a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45

UWAGA:

W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń podudzia oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.

STAW SKOKOWO-GOLENIOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA

162. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego: skręcenia, zwłknięcia, złamania itp. – w zależności od zniekształceń oraz ograniczenia ruchomości i utrzymujących się zmian wtórnych:

a) niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-10

c)	dużego stopnia z ograniczeniem powyżej 50%	11-20
d)	powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi, zwiększyć stopień trwałego uszczerbku o	5
163.	Zeszytywnienie stawu skokowo-goleniowego w zależności od utrzymujących się zmian wtórnych oraz ograniczenia funkcji:	
a)	pod kątem zbliżonym do prostego +_ 5°	20
b)	w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych w zależności od ustawienia	21-30
c)	w ustawieniach niekorzystnych, z przetokami, zapaleniem kości itp. zwiększyć ocenę trwałego uszczerbku o	5
164.	Złamania kości skokowej lub piętowej – w zależności od zniekształceń i zaburzeń funkcji:	
a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5
b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-10
c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20
165.	Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:	
a)	częściowa utrata	20-30
b)	całkowita utrata	31-40
166.	Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi:	
a)	zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5
b)	zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-10
c)	zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20
167.	Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych:	
a)	I lub V kości śródstopia:	
	I. niewielkie zmiany bez zniekształceń	1-5
	II. znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	6-10
b)	II, III lub IV kości śródstopia:	
	I. niewielkie zmiany	1-3
	II. znaczne zmiany ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości stopy	4-7
c)	złamania trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	3-15
168.	Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi ocenia się według punktu 167 zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5
169.	Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
a)	niewielkie zmiany	1-5
b)	średnie zmiany	6-10
c)	duże zmiany	11-15
170.	Utrata stopy w całości	45
171.	Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172.	Utrata stopy w stawie Lisfranca	35
173.	Utrata przodostopia w zależności od rozległości i jakości kikuta	20-30
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stopy oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.		
FUNKcjONALNE ZAKRESY RUCHOMOŚCI STĘPU – zgięcie grzbietowe 0-20°, zgięcie podeszwowe 0 – 40-50°, nawracanie 0-10°, odwracanie 0-40°, przywodzenie 0-10°, odwodzenie 0-10°.		
PALCE STOPY		
174.	Uszkodzenia palucha – w zależności od zmian i ograniczenia ruchomości:	
a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-2
b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	3-5
c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	6-8
175.	Utrata palucha – w zależności od wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu:	
a)	ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	1-4
b)	utrata paliczka paznokciowego palucha	5
c)	utrata całego palucha	10
d)	utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	11-15
176.	Utrata palucha wraz z innymi palcami stopy:	

a)	wraz z co najmniej trzema innymi palcami stopy	16
b)	wraz ze wszystkim innymi palcami stopy	20
177.	Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV, V:	
a)	częściowa utrata palca (za każdy palec)	1
b)	całkowita utrata palca (za każdy palec)	2
c)	całkowita utrata czterech palców stopy	8
d)	znaczne zmiany, duże ograniczenie ruchomości palca	1-2
178.	Utrata palca V z kością śródstopia	3-8
179.	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych za każdy palec	3-5
180.	Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców orzekać łącznie:	1-5

UWAGA:

- Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku w zakresie kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie.
- Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.

N. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

		Strona prawa	lewa
181.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a)	nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15	
b)	nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c)	nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-20
d)	nerwu mięśniowo-skórnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-20
e)	nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-45	2-35
f)	nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5-30	3-25
g)	nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-15
h)	nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-15	1-10
i)	nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	4-40	3-30
j)	nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-20	2-15
k)	nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-25	1-20
l)	splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-25	5-20
m)	splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15-45	10-40
n)	pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	
o)	nerwu zastawnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-15	
p)	nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-30	
q)	nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	3-20	
r)	nerwu sromowego wspólnego	3-25	
s)	nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	10-60	
t)	nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5-30	
u)	nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5-20	
v)	splotu lędźwiowo-krzyżowego	30-60	
w)	pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10	

UWAGA:

Wskazana ocena kliniczna i ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego.

UWAGI KOŃCOWE:

- Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części) a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia.
- Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie.
- Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy – oceniać według amputacji na wyższym poziomie.
- Przy bliznach po oparzeniach skóry powyżej stopnia IIA zalecana jest dodatkowa ocena z tytułu utraty funkcji skóry. Uszkodzenia w zakresie:
 - twarzy uwzględniono w punkcie 19,
 - szyi uwzględniono w punkcie 55,
 - klatki piersiowej uwzględniono w punkcie 56,
 - brzucha uwzględniono w punkcie 65
 - kończyn za 1% TBSA – 1% uszczerbku,
 - dłoni za 1% TBSA – 4% uszczerbku.

Przetwarzanie danych osobowych

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych. Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach. W razie przetwarzania danych osobowych dla celów marketingowych, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody.

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie Internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze,
- analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk,
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na Administratorze,
- przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora,
- zawarcia umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług,
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego,

Administrator danych jest częścią grupy Allianz, która prowadzi działalność o globalnym zasięgu. Ze względu na charakter i zakres oferowanych usług, Pani/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, Administrator wdraża odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony Pani/Pana danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule

umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne zatwierdzone przez właściwy organ nadzoru. Powyższe środki służą realizacji Pani/Pana praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej. Administrator na Pani/Pana wniosek udostępni kopię tych zabezpieczeń.

Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Pana/Panią dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historię umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, reasekuratorom, podmiotom świadczącym usługi prawne, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Powszechnie Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. Allianz sp. z o.o. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, rzeczoznawcom, warsztatom naprawczym, podmiotom świadczącym usługi assistance, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, decyzje dotyczące Pani/Pana mogą być będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, tj. bez wpływu człowieka. Decyzje te będą dotyczyły wysokości składki ubezpieczeniowej i oparte będą o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego dotyczącego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka, tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka.

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania,
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,
- przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przesłać innemu administratorowi danych,

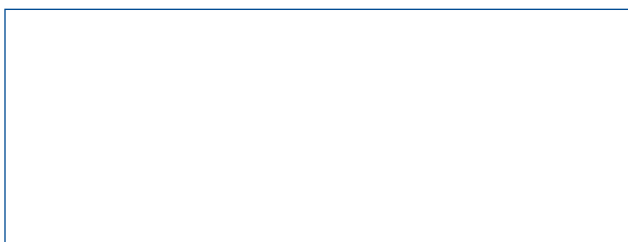
W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej.

TUIR Allianz Polska S.A.

ul. Inflancka 4B

00-189 Warszawa

Zadzwoń do Twojego agenta



Infolinia: 224 224 224

www.allianz.pl

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

Car Assistance

Spis treści

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE	5
§ 1. Umowa Ubezpieczenia	5
§ 2. Definicje	5
§ 3. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia	7
§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	7
§ 5. Początek i koniec odpowiedzialności Allianz	8
§ 6. Składka	9
§ 7. Wytączenia odpowiedzialności Allianz	9
§ 8. Postępowanie w razie zaistnienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego	10
§ 9. Ustalenie i wypłata świadczeń	11
 II. ŚWIADCZENIA W POSZCZEGÓLNYCH WARIANTACH CAR ASSISTANCE	12
§ 10. Wariant Assistance Mini	12
10.1 Usprawienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Wypadku	12
10.2 Holowanie	12
10.3 Pakiet Informacyjny	13
§ 11. Wariant Assistance Standard	13
11.1 Usprawienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego	13
11.2. Holowanie	13
11.3 Serwis assistance opony	13
11.4 Serwis assistance paliwo	14
11.5 Serwis assistance akumulator	14
11.6 Pojazd Zastępczy	14
11.7 Pakiet samochodowy	15
11.8 Pakiet Kierowca i Pasażerowie	15
11.9 Pakiet pomocy medycznej po Wypadku	16
11.10 Pakiet informacyjny	17
11.11 Dodatkowy samochód zastępczy dla pojazdów elektrycznych	17
11.12 Holowanie motocykla po wypadku	17
§ 12. Wariant Assistance Plus	17
12.1 Usprawienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego	17
12.2 Holowanie	18
12.3 Serwis assistance opony	18
12.4 Serwis assistance paliwo	18
12.5 Serwis assistance akumulator	19
12.6 Pojazd Zastępczy	19
12.7 Pakiet samochodowy	20
12.8 Pakiet Kierowca i Pasażerowie	20
12.9 Pakiet pomocy medycznej po Wypadku	21
12.10 Pakiet Informacyjny	21
12.11 Dodatkowy samochód zastępczy dla pojazdów elektrycznych	22
12.12 Holowanie motocykla po wypadku	22
§ 13. Wariant Assistance Exclusive	22
13.1. Usprawienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego	22
13.2. Holowanie	22
13.3. Serwis assistance opony	22
13.4. Serwis assistance paliwo	23
13.5. Serwis assistance akumulator	23
13.6. Pojazd Zastępczy	23
13.7. Pakiet samochodowy	24
13.8. Pakiet KIEROWCA i PASAŻEROWIE	24
13.9. Pakiet pomocy medycznej po Wypadku	25
13.10. Opieka nad dziećmi	26
13.11. Odstawienie Ubezpieczonego Pojazdu po naprawie (door to door)	26
13.12. Pakiet Zima	26
13.13. Pakiet informacyjny	27
13.14. Dodatkowy samochód zastępczy dla pojazdów elektrycznych	27
13.15. Holowanie motocykla po wypadku	27
§ 14. Wariant Assistance Super Exclusive	27
14.1 Usprawienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego	27
14.2 Holowanie	27
14.3 Serwis assistance opony	28
14.5 Serwis assistance akumulator	28
14.6 Pojazd Zastępczy	28
14.7 Pakiet samochodowy	29
14.8 Pakiet Kierowca i Pasażerowie	29
14.9 Pakiet pomocy medycznej po Wypadku	30
14.10 Opieka nad dziećmi	31
14.11 Odstawienie Ubezpieczonego Pojazdu po naprawie (door to door)	31
14.12 Pakiet Zima	31
14.13 Pakiet informacyjny	32
14.14 Dodatkowy samochód zastępczy dla pojazdów elektrycznych	32
14.15 Holowanie motocykla po wypadku	32
§ 16. Postępowanie reklamacyjne	32
 III. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	33
Przetwarzanie danych osobowych	34
Przydatne wskazówki	36
 Limity świadczeń w poszczególnych wariantach Assistance	37

Ogólne warunki ubezpieczenia

Car Assistance

Poniższa tabela wskazuje informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 4 § 8 ust. 8 § 9 § 10 ust. 10.1 pkt 1, 3, ust. 10.2 pkt 1, 3, ust. 10.3 § 11 ust. 11.1, pkt 1-2, ust. 11.2 pkt 1,2,4, ust. 11.3, pkt 1, 3, ust. 11.4-11.5, ust. 11.6 pkt 1-3, 5-6, ust. 11.7-11.10, ust. 11.11, ust. 11.12 § 12 ust. 12.1 pkt 1, ust. 12.2 pkt 1,3, ust. 12.3 pkt 1, ust. 12.4 -12.5, ust. 12.6 pkt 1-2, 4, 6-7, ust. 12.7-12.10, ust. 12.11, ust. 12.12 § 13 ust. 13.1 pkt 1, ust. 13.2, ust. 13.3 pkt 1, 3, ust. 13.4-13.5, ust. 13.6 pkt 1-2, 4, 6-7, ust. 13.7-13.11, ust. 13.12 pkt 1, ust. 13.13, ust 13.14, ust.13.15 § 14 ust. 14.1 pkt 1, ust. 14.2, ust. 14.3 pkt 1, 3, ust. 14.4-13.5, ust. 14.6 pkt 1-2, 4, 6-7, ust. 14.7-14.11, ust. 14.12 pkt 1, ust. 14.13, ust 13.14, ust. 14.15 Informacje zawarte w Załączniku nr 1 Limity świadczeń w poszczególnych wariantach Assistance Informacje zawarte w niniejszej tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 7 § 8 ust. 7-9 § 9 ust. 1 § 10 ust. 10.1-10.3 § 11 ust. 11.1-11.5, ust. 11.6 pkt 1-2, 4, 6, ust. 11.7 pkt 1, ust. 11.9 § 12 ust. 12.1-12.5, ust. 12.6 pkt 1-3, 5, 7, ust. 12.7-12.9, § 13 ust. 13.1-13.5, ust. 13.6 pkt 1-3, 5, 7, ust. 13.7-13.10, ust. 13.11 pkt 1, ust. 13.12 Informacje zawarte w Załączniku nr 1 Limity świadczeń w poszczególnych wariantach Assistance Informacje zawarte w niniejszej tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. Umowa Ubezpieczenia

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia Car Assistance, zwanych dalej OWU, Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej „Allianz”, zawiera Umowy Ubezpieczenia z Ubezpieczającymi posiadającymi zdolność do czynności prawnych, jako uzupełnienie ochrony dotyczącej tego samego Ubezpieczonego Pojazdu na podstawie zawartej z Allianz umowy ubezpieczenia Autocasco lub umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.
2. Dopuszcza się możliwość wprowadzenia do umowy postanowień odmiennych lub dodatkowych w stosunku do wskazanych w niniejszych OWU.

§ 2. Definicje

Pojęciom pisanym w niniejszych OWU wielką literą nadano brzmienie określone poniżej:

1. **Awaria** – niesprawność Ubezpieczonego Pojazdu, wynikająca z przyczyn wewnętrznych pochodzenia mechanicznego, elektrycznego, elektronicznego, pneumatycznego, powodująca jego unieruchomienie. Awarią jest również:
 - 1) niesprawność oświetlenia zewnętrznego Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 2) niesprawność wycieraczek;
 - 3) niesprawność pasów bezpieczeństwa;
 - 4) zatrzęsnięcie wewnątrz Ubezpieczonego Pojazdu, zgubienie, uszkodzenie Kluczyków;
 - 5) niesprawność alarmu.
2. **Bagaż** – stanowiące własność Ubezpieczonego lub będące w jego posiadaniu przedmioty znajdujące się w Ubezpieczonym Pojeździe lub bagażniku zewnętrznym Ubezpieczonego Pojazdu w chwili wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
3. **Centrum Operacyjne** – podmiot zajmujący się w imieniu Allianz udzielaniem pomocy w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.
4. **Holowanie** – transport unieruchomionego Ubezpieczonego Pojazdu z miejsca wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, jeżeli jego unieruchomienie uniemożliwia dalszą jazdę

wskutek Awarii, Wypadku, Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub jego wyposażenia do miejsca docelowego, zgodnie z posiadanym wariantem ubezpieczenia.

5. **Kierowca** – osoba kierująca Ubezpieczonym Pojazdem w czasie Zdarzenia Ubezpieczeniowego będąca właścicielem Ubezpieczonego Pojazdu lub osobą upoważnioną przez właściciela Ubezpieczonego Pojazdu.
6. **Kluczyk** – kluczyk, sterownik lub inne urządzenie służące do otwarcia lub uruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu.
7. **Kradzież**:
 - 1) kradzież z wtamaniem określona w art. 279 kodeksu karnego;
 - 2) kradzież pojazdu określona w art. 278 kodeksu karnego, jego części lub wyposażenia;
 - 3) kradzież szczególnie zuchwata określona w art. 278 a kodeksu karnego;
 - 4) kradzież z użyciem przemocy wobec osoby lub groźby jej natychmiastowego użycia albo doprowadzenie do stanu nieprzytomności lub bezbronności osoby uprawnionej do korzystania z przedmiotu ubezpieczenia określona w art. 280 kodeksu karnego.
8. **Miejsce Zamieszkania** – adres Ubezpieczonego z Umowy Głównej, wskazany we Wniosku i potwierdzony w polisie.
9. **Oferta** – złożona Ubezpieczającemu przez Allianz, i przez Ubezpieczającego przyjęta, Oferta zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
10. **Okres Eksploatacji Ubezpieczonego Pojazdu** – okres liczony od daty pierwszej rejestracji Ubezpieczonego Pojazdu do dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) jeżeli data pierwszej rejestracji nie jest znana lub pierwsza rejestracja Ubezpieczonego Pojazdu nastąpiła po zakończeniu roku, w którym wyprodukowano Ubezpieczony Pojazd, okres eksploatacji liczony jest od dnia 31 grudnia roku produkcji Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 2) jeżeli Ubezpieczony Pojazd został sprowadzony z zagranicy, to za początek okresu eksploatacji uznaje się datę pierwszej rejestracji za granicą.
11. **Pasażer** – każda osoba przewożona Ubezpieczonym Pojazdem w czasie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, z wyłączeniem osób przewożonych za opłatą.
12. **Pojazd Zastępczy** – pojazd udostępniony Ubezpieczonemu w przypadku zaistnienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, którego koszt najmu przez Ubezpieczonego pokrywa Allianz, zgodnie z zakresem oraz limitami określonymi dla danego wariantu Car Assistance. Pojazd

Zastępczy jest udostępniany na zasadach określonych przez podmiot świadczący usługę wynajmu.

13. **Siła Wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i niemożliwe do zapobieżenia przy dotożeniu należytej staranności.
14. **Stan Pod Wpływem Alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia 0,2 promila alkoholu lub więcej, lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi lub prowadzi do stężenia 0,1 mg lub więcej.
15. **Stan Pod Wpływem Środków Narkotycznych** – stan po użyciu środków odurzających lub po użyciu substancji psychotropowych lub po użyciu środków zastępczych lub po użyciu nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
16. **Technologiczny Czas Naprawy** – czas nie dłuższy niż normy czasowe naprawy określone przez producenta danej marki w programie Audatex, Eurotax, DAT lub przez inny uzgodniony z Ubezpieczonym system kalkulacji naprawy określający jednostki czasowe niezbędne do dokonania naprawy, z wyłączeniem czasu oczekiwania na części, czasu schnięcia podkładu w przypadku napraw blacharsko-lakierniczych oraz czasu oczekiwania na oględziny
17. **Ubezpieczający** – osoba zawierająca Umowę Ubezpieczenia z Allianz.
18. **Ubezpieczony** – Kierowca lub Pasażer Ubezpieczonego Pojazdu w momencie zaistnienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
19. **Ubezpieczony Pojazd** – pojazd (o określonej w dowodzie rejestracyjnym liczbie miejsc nie większej niż 9), dopuszczony do ruchu na drogach publicznych, wskazany we Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – określony w polisie.
20. **Umowa Główna** – umowa ubezpieczenia Autocasco lub obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Allianz, na ten sam okres ubezpieczenia, dotycząca tego samego Ubezpieczonego Pojazdu co Umowa Ubezpieczenia.
21. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU i złożonego przez Ubezpieczającego Wniosku lub złożonej przez Allianz Oferty.
22. **Unieruchomienie** – stan Ubezpieczonego Pojazdu, uniemożliwiający jego dalsze użytkowanie na drogach publicznych, zgodne z postanowieniami przepisów określających warunki dopuszczenia pojazdów do ruchu w miejscu zdarzenia.
23. **Warsztat Naprawczy** – najbliższa miejsca Zdarzenia Ubezpieczeniowego, wskazana przez Centrum Operacyjne autoryzowana stacja obsługi danej marki Ubezpieczonego Pojazdu lub inny wskazany przez Kierowcę warsztat naprawczy, o ile odległość pomiędzy warszatem wskazanym przez Kierowcę a miejscem Zdarzenia Ubezpieczeniowego nie przekracza odległości pomiędzy autoryzowaną stacją obsługi wskazaną przez Centrum Operacyjne a miejscem Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
24. **Wniosek** – sporządzony na formularzu udostępnionym przez Allianz wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, złożony następnie przez Ubezpieczającego.
25. **Wypadek** – następujące zdarzenia, w wyniku których Ubezpieczony Pojazd uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu:
 - 1) wypadek drogowy lub kolizja przy współudziale innych uczestników ruchu drogowego;
 - 2) pozostałe wypadki lub kolizje powstałe wskutek nagłego działania siły mechanicznej w momencie zetknięcia się Ubezpieczonego Pojazdu z innymi pojazdami, osobami, przedmiotami lub zwierzętami, pochodzącymi z zewnątrz Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 3) uszkodzenia przez osoby trzecie;
 - 4) pożar, wybuch, osmalenie;
 - 5) huragan, grad, uderzenie pioruna, powódź, osuwanie się lub zapadanie ziemi, lawiny lub inne siły przyrody;
 - 6) działanie czynnika termicznego i chemicznego pochodzącego z zewnątrz lub wewnątrz Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 7) utrata możliwości poruszania się Ubezpieczonym Pojazdem wynikająca z najechnia na przedmioty w taki sposób, że koła Ubezpieczonego Pojazdu nie mają styczności z nawierzchnią;
 - 8) opuszczenie drogi w wyniku utraty panowania nad Ubezpieczonym Pojazdem.
26. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe to:**
 - 1) w wariantcie Assistance Mini: Wypadek, a po optaczeniu dodatkowej składki także: rozładowanie akumulatora, uszkodzenie ogumienia, zatankowanie niewłaściwego rodzaju paliwa, zamrażanie paliwa, brak paliwa, rozładowanie baterii w Ubezpieczonym Pojeździe elektrycznym ;
 - 2) w wariantach Assistance Standard, Assistance Plus, Assistance Exclusive i Assistance Super Exclusive: Awaria, Wypadek, Kradzież, rozładowanie

akumulatora, uszkodzenie ogumienia, za-
tankowanie paliwa nieprzeznaczonego do
Ubezpieczonego Pojazdu, zamarznięcia
paliwa, brak paliwa, rozładowanie baterii
w Ubezpieczonym Pojeździe elektrycznym.

Przez skrócone nazwy poniższych ustaw do których
odwołują się niniejsze OWU należy rozumieć:

1. kodeks karny – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r.
Kodeks karny,
2. prawo o ruchu drogowym – ustawa z dnia
20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym,
3. ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii – usta-
wa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu
narkomanii,
4. ustawa o przewozie towarów niebezpiecznych –
ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie to-
warów niebezpiecznych,
5. ustawa o prawach konsumenta – ustawa z dnia
20 maja 2014 r. o prawach konsumenta,
6. ustawa prawo pocztowe – ustawa z dnia 23 li-
stopada 2012 r. Prawo pocztowe,
7. ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez
podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku
Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej –
ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu
reklamacji przez podmioty rynku finansowego,
o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji
Finansowej.

§ 3. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia jest zawiera-
na na podstawie Wniosku złożonego
przez Ubezpieczającego u przedstawicie-
la Allianz. Umowa Ubezpieczenia może być
również zawarta poprzez przyjęcie przez
Ubezpieczającego warunków Oferty złożonej
przez Allianz.
2. Allianz potwierdza zawarcie Umowy
Ubezpieczenia wystawioną przez siebie polisą.
3. Umowę Ubezpieczenia zawiera się na okres
jednego roku, zgodnego z okresem obowiązy-
wania Umowy Głównej, jeżeli we Wniosku lub
w Ofercie nie wskazano inaczej i – po zawarciu
Umowy Ubezpieczenia – nie potwierdzono tego
w polisie.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do
wiadomości Allianz wszystkie znane sobie oko-
liczności, o które Allianz zapytywał w formu-
larzu Wniosku albo przed zawarciem Umowy
Ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli
Ubezpieczający zawiera Umowę Ubezpieczenia
przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży rów-
nież na przedstawicielu i obejmuje ponadto oko-
liczności jemu znane. W razie zawarcia przez

Allianz Umowy Ubezpieczenia, mimo braku od-
powiedzi na poszczególne pytania, pominięte
okoliczności uważa się za nieistotne.

5. Ubezpieczający zobowiązany jest zawiada-
miać Allianz o zmianie okoliczności wymie-
nionych w ust. 4, niezwłocznie po otrzymaniu
o nich wiadomości. W razie zawarcia Umowy
Ubezpieczenia na cudzy rachunek obowią-
zek określony w zdaniu poprzedzającym spo-
czywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na
Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie
wiedział o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na
jego rachunek.
6. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skut-
ki okoliczności, które z naruszeniem ust. 4 – 5
nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli
do naruszenia ust. 4 – 5 doszło z winy umyślnej,
w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek
przewidziany umową i jego następstwa są skut-
kiem okoliczności, o których mowa w zdaniu po-
przednim.
7. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąg-
za sobą istotną zmianę prawdopodobień-
stwa wystąpienia objętego ochroną na podstawie
Umowy Ubezpieczenia, każda ze stron Umowy
Ubezpieczenia może zażądać zmiany wysokości
składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta
okoliczność, nie wcześniej jednak niż od począt-
ku Okresu Ubezpieczenia. W razie zgłoszenia
żądania, o którym mowa w zdaniu poprzedzają-
cym, druga strona może w terminie 14 dni wypo-
wiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem na-
tychmiastowym.

§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia Car Assistance
jest organizacja lub organizacja i pokrycie kosz-
tów usług Assistance na rzecz Ubezpieczonych
podróżujących Ubezpieczonym Pojazdem
oraz świadczenie usług informacyjnych, w ra-
zie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
Umowa Ubezpieczenia Car Assistance może być
zawarta w wariancie:
 - 1) Assistance Mini;
 - 2) Assistance Standard;
 - 3) Assistance Plus;
 - 4) Assistance Exclusive
 - 5) Assistance Super Exclusive.
2. Na podstawie Umowy Ubezpieczenia Allianz
obejmuje ochroną ubezpieczeniową Zdarzenia
Ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpie-
czenia:
 - 1) na terytorium Polski – dla wariantu
Assistance Mini;

- 2) na terytorium Polski, Europy oraz w europejskiej części Turcji i greckiej części Cypru (z wyłączeniem terytorium Białorusi, Ukrainy, Mołdawii, Rosji) – dla wariantów Assistance Standard, Assistance Plus, Assistance Exclusive i Assistance Super Exclusive.

Dla wybranego segmentu pojazdów zakres ubezpieczenia może być ograniczony wyłącznie na terytorium Polski, co potwierdzamy w polisie.

3. W ramach ubezpieczenia Car Assistance Allianz obejmuje ochronę Assistance następujące rodzaje Pojazdów:
 - 1) samochody osobowe;
 - 2) samochody ciężarowe na nadwoziu osobowego;
 - 3) samochody ciężarowe o ładowności do 2 ton;
 - 4) przyczepy kempingowe;
 - 5) przyczepy o dopuszczalnej ładowności do 500 kg;
 - 6) motocykle;
 - 7) motorowery.

4. Za zapłatę składki lub raty składki uważa się zapłatę pełnej kwoty określonej w złożonym Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – wskazanej w polisie.
5. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z upływem ostatniego dnia Okresu Ubezpieczenia, na jaki została zawarta;
 - 2) z chwilą rozwiązania albo wygaśnięcia Umowy Głównej;
 - 3) z chwilą przeniesienia własności Ubezpieczonego Pojazdu, z wyjątkiem przypadków, gdy przejście własności Ubezpieczonego Pojazdu następuje na rzecz pożyczkobiorcy, leasingobiorcy lub kredytobiorcy (któremu oddano przewłaszczony Ubezpieczony Pojazd do używania) w ramach umowy pożyczki, leasingu lub umowy kredytu, jeśli pożyczkobiorca, leasingobiorca lub kredytobiorca zawierał Umowę Ubezpieczenia na rachunek właściciela;
 - 4) z dniem odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia na podstawie ust. 6 i 7,
 - 5) z dniem wyrejestrowania Ubezpieczonego Pojazdu lub jego demontażu.
6. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, 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 zapłaty składki za okres, w jakim Allianz udzielił ochrony ubezpieczeniowej. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie ma wpływu na czas trwania Umowy Głównej.
7. 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 potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia zostało wysłane. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim zakład ubezpieczeń udzielił ochrony ubezpieczeniowej.

§ 5. Początek i koniec odpowiedzialności Allianz

1. Odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu Umowy Ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu całości składki lub jej pierwszej raty, o ile inaczej nie wskazano we Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – nie potwierdzono tego w polisie.
2. Jeżeli Allianz ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Allianz może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka.
3. W razie opłacania składki w ratach, nieopłacenie kolejnej raty składki w terminie określonym we Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – potwierdzonym w polisie spowoduje ustanie odpowiedzialności Allianz, jeśli po upływie terminu zapłaty Allianz wezwał Ubezpieczającego do zapłaty raty składki, informując w wezwaniu o skutkach braku płatności (ustanie odpowiedzialności Allianz), o ile zapłata nie została dokonana w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania.

Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie ma wpływu na czas trwania Umowy Głównej.

§ 6. Składka

1. Składkę należną Allianz z tytułu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ustala się według taryfy obowiązującej w dniu zawierania Umowy Ubezpieczenia. Wysokość składki zależy od:
 - 1) czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wariantu ubezpieczenia;
 - 3) rodzaju zawartej Umowy Głównej oraz inne czynniki konieczne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Allianz wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej jednorazowo, jednocześnie z zawarciem Umowy Ubezpieczenia, chyba że umówiono się inaczej.
4. Składka lub rata składki jest płatna gotówką, przelewem bankowym, przekazem pocztowym lub kartą płatniczą. Za datę wpłaty przyjmujemy datę zlecenia przelewu w banku, nadania przekazu, płatności kartą
5. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu Ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 7. Wyłączenia odpowiedzialności Allianz

1. Świadczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia nie przysługują, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe zostało spowodowane:
 - 1) na skutek nieposiadania przez osobę kierującą Ubezpieczonym Pojazdem, w chwili wypadku, wymaganych prawem kraju, na terenie którego doszło do Wypadku, uprawnień do kierowania Ubezpieczonym Pojazdem lub na skutek zatrzymania dokumentów wymaganych przy prowadzeniu Ubezpieczonego Pojazdu. Allianz nie stosuje tego wyłączenia, jeśli nie spowodowało to szkody lub zdarzenia. Powyższych zapisów nie stosuje się także w sytuacji, gdy kierujący prowadzi Ubezpieczony Pojazd przeznaczony do nauki jazdy w ramach kursu przygotowującego do egzaminu na prawo jazdy lub lekcji doszkalających przed tym egzaminem, a Ubezpieczony Pojazd został zgłoszony Allianz do ubezpieczenia zgodnie z charakterem jego użytkowania;

- 2) umyślnie przez Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek – umyślnie przez Ubezpieczonego;
- 3) wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek – wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczonego, chyba że zapłata odszkodowania lub spełnienie świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
- 4) umyślnie przez osobę z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, a w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek – wyrządzonych umyślnie przez osobę z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 5) podczas używania Ubezpieczonego Pojazdu jako narzędzia przestępstwa przez: Ubezpieczonego, użytkownika ubezpieczonego pojazdu, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym. Czyn ten musi stanowić przestępstwo według prawa miejsca zdarzenia. To oznacza, że którakolwiek z tych osób posłużyła się ubezpieczonym pojazdem:
 - a) w celu popełnienia przestępstwa umyślnego, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - b) podczas użycia ubezpieczonego pojazdu do ucieczki przed zatrzymaniem przez uprawnione organy.Allianz nie stosuje tego wyłączenia, jeśli nie spowodowało to szkody lub zdarzenia.
- 6) wskutek kierowania Ubezpieczonym Pojazdem przez Ubezpieczonego w Stanie Pod Wpływem Alkoholu;
- 7) wskutek kierowania Ubezpieczonym Pojazdem przez Ubezpieczonego w Stanie Pod Wpływem Środków Narkotycznych;
- 8) powstałych podczas kierowania Ubezpieczonym Pojazdem, który nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli stan techniczny Ubezpieczonego Pojazdu spowodował powstanie Szkody;
- 9) wskutek udziału Ubezpieczonego Pojazdu w wyścigach pojazdów, również mających charakter spontaniczny, niezorganizowany, konkursach, rajdach, treningach, jazdach próbnych do wyścigów, a także prób szybkościowych, jeśli spowodowało to powstanie Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
- 10) działaniami wojennymi, wojną domową, promieniowaniem jonizujące lub skażenie radioaktywne pochodzące z paliwa jądrowego lub odpadów jądrowych

- powstałych w wyniku spalania paliwa jądrowego;
- 11) radioaktywnymi, toksycznymi, wybuchowymi właściwościami wybuchowego urządzenia jądrowego lub jądrowej części tego urządzenia;
 - 12) nacjonalizacją, konfiskatą, przywłaszczeniem, rewizyją Ubezpieczonego Pojazdu, aktami terroru, zamieszkami, strajkami, rozruchami, użyciem Ubezpieczonego Pojazdu do blokad dróg lub akcji protestacyjnych;
 - 13) użyciem Ubezpieczonego Pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska i policji;
 - 14) wskutek umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez Ubezpieczonego;
 - 15) cyberatakiem, przez który rozumie się złośliwe działanie, mające na celu próbę zebrania, zakłócenia, uniemożliwienia dostępu, pogorszenia lub zniszczenia zasobów systemu informatycznego lub samych informacji i skutkuje koniecznością udzielenia pomocy drogowej.
2. Świadczenie z Umowy Ubezpieczenia nie przysługuje, jeżeli Awaria wynika z tej samej przyczyny, z tytułu której Ubezpieczony korzystał dwukrotnie na podstawie Umowy Ubezpieczenia i która nie została usunięta.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje ponadto:
- 1) kosztów parkowania (przy czym wyłączenie nie dotyczy świadczeń przysługujących w ramach Pakietu samochodowego), paliwa, opłat i kosztów ładowania baterii w Ubezpieczonym Pojeździe elektrycznym, opłat za autostradę, badań technicznych Ubezpieczonego Pojazdu, opłaty za prom, opłaty celnej, mandatów, grzywn, dodatkowych ubezpieczeń;
 - 2) kosztów związanych z najmem Ubezpieczonego Pojazdu w postaci wnieśnienia zabezpieczenia, wpłaty przez Ubezpieczonego kaucji w wysokości określonej przez podmiot świadczący usługę najmu lub zablokowania środków na karcie kredytowej na czas najmu;
 - 3) korzyści utraconych przez Ubezpieczonego w związku ze Zdarzeniem Ubezpieczeniowym;
 - 4) kosztów wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę;
 - 5) kosztów świadczeń w stosunku do Kierowcy i Pasażerów, w liczbie przekraczającej niższą z wartości: 9 lub liczbę miejsc określoną w dowodzie rejestracyjnym Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 6) kosztów świadczeń w stosunku do osób przewożonych za opłatą;
 - 7) kosztów materiałów lub części zamienionych użytych do naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, napraw serwisowych Ubezpieczonego Pojazdu, diagnostyki Ubezpieczonego Pojazdu wykonywanej przez Warsztat Naprawczy;
 - 8) kosztów zakupienia lub dorobienia Kluczyków, kosztów zakupienia opon, pasów bezpieczeństwa;
 - 9) kosztów wyżywienia;
 - 10) kosztów powstałych na skutek Kradzieży, uszkodzenia lub zniszczenia Bagażu, anteny, nawigacji GPS, fotelika, uchwytu rowerowego, koła zapasowego bagażnika zewnętrznego, boksu dachowego, CB-radia pozostawionych w Ubezpieczonym Pojeździe lub przymocowanych do Ubezpieczonego Pojazdu na czas Holowania;
 - 11) kosztów wynikających z przekroczenia w chwili wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego dopuszczalnej masy całkowitej Ubezpieczonego Pojazdu, określonej w dowodzie rejestracyjnym Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 12) kosztów specjalistycznych napraw lub usług pomocy, gdy Pojazd w momencie unieruchomienia nie znajdował się na drodze publicznej i nie było dostępu do Pojazdu przy użyciu standardowego sprzętu do naprawy, chyba, że Umowa Ubezpieczenia stanowi inaczej;
 - 13) usług pomocy na drogach po których przejazd nie jest możliwy z uwagi na przeszkody fizyczne lub warunki atmosferycznych. lub na torach kolejowych;
4. Allianz nie odpowiada za opóźnienie spełnienia świadczenia wskutek:
- 1) strajków, zamieszek, aktów terroru, wojen, wojen domowych lub wskutek działania energii jądrowej;
 - 2) działania Siły Wyższej, której następstwa uniemożliwiają lub opóźniają wykonanie usługi assistance.
5. Odpowiedzialnością Allianz nie są objęte ładunki przewożone Ubezpieczonym Pojazdem, z wyjątkiem Bagażu w zakresie w jakim waga Bagażu nie przekracza 30kg na każdego Ubezpieczonego.

§ 8. Postępowanie w razie zaistnienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczający (a w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonego,

również Ubezpieczony) powinien powiadomić Centrum Operacyjne o zaistnieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego nie później niż w terminie 4 dni od dnia powzięcia informacji o jego zaistnieniu.

2. Zgłoszenie Zdarzenia Ubezpieczeniowego powinno zawierać następujące informacje:
 - 1) numer rejestracyjny Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 2) imię i nazwisko Kierowcy;
 - 3) dokładne miejsce zdarzenia i numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 4) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy.
3. W przypadku usług organizowanych w ramach Pakietu pomocy medycznej po Wypadku Ubezpieczający jest zobowiązany umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego dostęp do informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego wymagającego pomocy medycznej w następstwie Wypadku.
4. W razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonego, obowiązek o którym mowa w zdaniu poprzedzającym obciąża również Ubezpieczonego, chyba że nie wie on o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek.
5. W przypadku Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu lub jego części, Wyposażenia lub Kluczka Ubezpieczony lub osoba upoważniona mają obowiązek, niezwłocznie, nie później niż w ciągu 48 godzin od uzyskania o informacji o Kradzieży, powiadomić Centrum Operacyjne. Obowiązek powyższy dotyczy również zaboru (podejrzenia zaboru) pojazdu w celu krótkotrwałego użycia określonego w art. 289 kodeksu karnego.
6. W przypadku o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający (a w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonego – Ubezpieczony) zobowiązany jest zawiadomić policję.
7. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku wskazanego w ust. 1 lub w ust. 5, Allianz może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Allianz ustalenie okoliczności i skutków wypadku. Opisane w zdaniu poprzednim skutki braku zawiadomienia Allianz o wypadku nie następują, jeżeli Allianz w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
8. W razie zajścia Wypadku Ubezpieczający (a Ubezpieczony – gdy została zawarta Umowa Ubezpieczenia na jego rachunek), obowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodom lub zmniejszenia jej rozmiarów.

Allianz obowiązany jest, w granicach sumy ubezpieczenia, zwrócić koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

9. W razie naruszenia przez Ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków, o których mowa w ust. 8 zdanie 1 powyżej, Allianz jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

§ 9. Ustalenie i wypłata świadczeń

1. Ubezpieczony otrzyma świadczenie polegające na zwrocie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów usługi assistance, wyłącznie w zakresie określonym w Umowie Ubezpieczenia i maksymalnie do wysokości limitów określonych w Umowie Ubezpieczenia w przypadku gdy:
 - 1) Ubezpieczony z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego lub z powodu Siły Wyższej nie zgłosił Zdarzenia Ubezpieczeniowego i skorzystał z usług assistance zorganizowanych samodzielnie, bez udziału Centrum Operacyjnego; lub
 - 2) Zdarzenie Ubezpieczeniowe miało miejsce na autostradzie, a Ubezpieczonemu pomocy udzieliły służby drogowe.
2. Zgłaszając roszczenie o zwrot kosztów usługi assistance, Ubezpieczony powinien przekazać Centrum Operacyjnemu posiadaną dokumentację niezbędną do ustalenia zasadności oraz wysokości roszczenia.
3. Zwrot kosztów, o którym mowa w ust. 1, zostanie dokonany w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym przez Centrum Operacyjne lub Allianz.
4. Gdyby w terminie wskazanym w ust. 3 niniejszego paragrafu wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności lub wysokości kosztów podlegających zwrotowi okazało się niemożliwe, zwrot kosztów zostanie dokonany w ciągu 14 dni, licząc od dnia w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz wypłaca w terminie przewidzianym w ust. 2 niniejszego paragrafu.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 Allianz nie dokona zwrotu kosztów, zawiadomi na piśmie:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - 2) Ubezpieczonego, w przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

– o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części a także wypłaci bezsporną część świadczenia.

6. Jeśli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub jeśli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu nasz przedstawiciel pisemnie poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego (w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) wskazując na okoliczności, oraz podstawę prawną takiej decyzji. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej
7. Zwrot kosztów, o którym mowa w ust. 1, dokonywany jest w złotych, z zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego poza granicami Polski oraz poniesienia z tego tytułu przez Ubezpieczonego kosztów w walucie innej niż złoty:
 - 1) wypłata dokonywana jest w walucie kraju, w którym nastąpiło Zdarzenie Ubezpieczeniowe i stanowi równowartość kwot określonych w Umowie Ubezpieczenia w euro, przeliczonych na walutę kraju wypłaty według średnich kursów wymiany walut ogłoszonych przez Narodowy Bank Polski z dnia poniesienia kosztów przez Ubezpieczonego – gdy zwrot kosztów dokonywany jest poza granicami Polski;
 - 2) wypłata dokonywana jest w złotych i stanowi równowartość kwot określonych w Umowie Ubezpieczenia w euro, według średnich kursów wymiany walut ogłoszonych przez Narodowy Bank Polski z dnia poniesienia kosztów przez Ubezpieczonego – gdy zwrot kosztów dokonywany jest na terytorium Polski.

II. ŚWIADCZENIA W POSZCZEGÓLNYCH WARIANTACH CAR ASSISTANCE

§ 10. Wariant Assistance Mini

10.1 Usprawnienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Wypadku

1. W przypadku Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu w następstwie Wypadku, Allianz organizuje i pokrywa koszty usprawnienia Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Wypadku, o ile usprawnienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Wypadku jest możliwe, jednakże w wysokości nie większej niż 500 zł.
2. Allianz nie pokrywa kosztów części zamiennych.
3. Świadczenie określone w ust. 1 przysługuje także w przypadku innych pojazdów, które zostały uszkodzone w Wypadku, za który odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony, przy czym limit 500 zł odnosi się do każdego z uszkodzonych pojazdów z osobna.

10.2 Holowanie

1. W razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Wypadku, jeżeli nie ma możliwości usprawnienia Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Wypadku, Allianz organizuje i pokrywa koszty Holowania Ubezpieczonego Pojazdu z miejsca Wypadku do Warsztatu Naprawczego, na odległość nie większą niż 150 km.
2. Nie jest możliwe ponowne skorzystanie z Holowania dla tego samego Zdarzenia Ubezpieczeniowego wywołanego tą samą przyczyną, z wyłączeniem sytuacji, gdy konieczne jest Holowanie Ubezpieczonego Pojazdu na parking ze względu na brak możliwości Holowania Ubezpieczonego Pojazdu bezpośrednio do Warsztatu Naprawczego.
3. Świadczenie określone w ust. 1 przysługuje także w przypadku innych pojazdów, które zostały uszkodzone w Wypadku, za który odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony, przy czym limit 500 zł odnosi się do każdego z uszkodzonych pojazdów z osobna.

10.3 Pakiet Informacyjny

W ramach pomocy Allianz za pośrednictwem Centrum Operacyjnego:

1. W razie Zdarzenia Ubezpieczeniowego udziela informacji:
 - 1) dotyczących stanu dróg, trasy;
 - 2) dotyczących sieci autoryzowanych warsztatów, sieci firm wynajmujących samochody;
 - 3) o najbliższych stacjach benzynowych i stacjach ładowania pojazdów elektrycznych;
 - 4) o najbliższym zakładzie wulkanizacyjnym.
2. W razie Zdarzenia Ubezpieczeniowego oferuje Ubezpieczonemu możliwość skorzystania ze świadczeń Concierge, obejmujących rezerwację, na koszt Ubezpieczonego:
 - 1) biletów lotniczych i kolejowych;
 - 2) hoteli i sal konferencyjnych;
 - 3) taksówek.
3. W razie Zdarzenia Ubezpieczeniowego udziela informacji dotyczących:
 - 1) postępowania po Wypadku i formalności przy zgłaszaniu i wypelnianiu deklaracji wypadkowej;
 - 2) numerów telefonów pomocy drogowej, lokalnej sieci warsztatów i możliwości naprawy Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 3) możliwości wynajmu Pojazdu Zastępczego.

mowa w ust. 1 nie dotyczy niesprawności wycieraczek, niesprawności pasów bezpieczeństwa lub awarii polegającej na zatrzaśnięciu wewnątrz Ubezpieczonego Pojazdu, zgubieniu, uszkodzeniu Kluczyków.

3. Allianz nie pokrywa kosztów części zamiennych.

11.2. Holowanie

1. W przypadku Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu w następstwie Awarii (w odległości co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania), Wypadku albo w razie Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli nie ma możliwości usprawnienia Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Allianz organizuje i pokrywa koszty Holowania Ubezpieczonego Pojazdu z miejsca Zdarzenia Ubezpieczeniowego do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego:
 - 1) na odległość nie większą niż 150 km – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski;
 - 2) na odległość nie większą niż 100 km – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski;
2. Wymóg zaistnienia Awarii w odległości co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania nie dotyczy niesprawności wycieraczek, niesprawności pasów bezpieczeństwa i awarii polegającej na zatrzaśnięciu wewnątrz Ubezpieczonego Pojazdu, zgubieniu, uszkodzeniu Kluczyków.
3. Nie jest możliwe ponowne skorzystanie z Holowania dla tego samego Zdarzenia Ubezpieczeniowego wywołanego tą samą przyczyną, z wyłączeniem sytuacji, gdy konieczne jest Holowanie Ubezpieczonego Pojazdu na parking ze względu na brak możliwości Holowania Ubezpieczonego Pojazdu bezpośrednio do Warsztatu Naprawczego zgodnie ze świadczeniem 11.7 Pakiet samochodowy, ust. 1 – koszty parkingu.
4. W przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego zaistniałego, poza granicami Polski, o którym mowa w ust. 1, gdy miejsce wskazane przez Ubezpieczonego znajduje się na terytorium Polski, holowanie Pojazdu do granicy z Polską odbywa się zgodnie z limitem wskazanym w ust. 1 pkt. 2) a po przekroczeniu granicy przez holowany Pojazd z Polską aktywowany zostaje limit holowania na terytorium Polski, zgodnie z ust. 1 pkt 1).

11.3 Serwis assistance opony

1. W ramach pomocy w przypadku uszkodzenia ogumienia, Allianz organizuje i pokrywa koszty:

§ 11. Wariant Assistance Standard

11.1. Usprawnienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego

1. W przypadku Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu w następstwie Awarii (w odległości co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania), Wypadku albo Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia Allianz organizuje i pokrywa koszty usprawnienia Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o ile usprawnienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest możliwe, obejmujące koszt dojazdu oraz robocizny, jednakże w wysokości nie większej niż:
 - 1) 500 zł – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski;
 - 2) 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski.
2. Wymóg zaistnienia Awarii w odległości co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania, o którym

- 1) wymiany na miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego koła lub kół, w których zostały uszkodzone opony lub dętki, na sprawne koło lub koła zapasowe Ubezpieczonego Pojazdu;
- 2) Holowania Ubezpieczonego Pojazdu, na odległość nie większą niż 150 km w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski, do Warsztatu Naprawczego lub wskazanego przez Centrum Operacyjne zakładu wulkanizacyjnego, w którym zostanie dokonana naprawa uszkodzonego ogumienia, jeżeli wymiana koła lub kół na miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego nie będzie możliwa lub
- 3) naprawy uszkodzonego ogumienia w Warsztacie Naprawczym lub wskazanym przez Centrum Operacyjne zakładzie wulkanizacyjnym obejmujące wyłącznie koszt robocizny.
2. Allianz nie pokrywa kosztu naprawy felgi lub felg, w których zostały uszkodzone opony lub dętki, ani kosztów zakupu części zamiennych.
3. Allianz organizuje i pokrywa koszty maksymalnie dwóch interwencji w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia.

11.4 Serwis assistance paliwo

1. W ramach pomocy Allianz organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) Holowania Ubezpieczonego Pojazdu do najbliższego Warsztatu Naprawczego, na odległość nie większą niż 150 km w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski, w razie zatankowania niewłaściwego rodzaju paliwa lub zamarznięcia paliwa; lub
 - 2) dowiezienia paliwa w ilości umożliwiającej dojazd Ubezpieczonego Pojazdu do najbliższej stacji paliw, jeżeli jego brak uniemożliwia kontynuację jazdy (z wyłączeniem kosztów tego paliwa); lub
 - 3) holowania, na odległość nie większą niż 150 km w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski, do najbliższej czynnej stacji paliw,
 - 4) w przypadku rozładowania baterii w Ubezpieczonym Pojeździe elektrycznym

Allianz zorganizuje i pokryje koszty Holowania do najbliższej stacji ładowania pojazdów lub o ile to możliwe zorganizuje usługę ładowania za pomocą przenośnej stacji do ładowania (z wyłączeniem kosztów tego ładowania).

2. Allianz organizuje i pokrywa koszty interwencji w razie :
 - 1) zatankowania niewłaściwego rodzaju paliwa, zamarznięcia paliwa lub jego braku maksymalnie do dwóch razy w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia;
 - 2) rozładowania baterii do sześciu razy w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia.

11.5 Serwis assistance akumulator

1. W ramach pomocy Allianz organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) uruchomienia silnika w Ubezpieczonym Pojeździe w przypadku rozładowania akumulatora, obejmujące wyłącznie koszty dojazdu i robocizny mechanika; lub
 - 2) Holowania Ubezpieczonego Pojazdu do Warsztatu Naprawczego, na odległość nie większą niż 150 km w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski, w razie braku możliwości uruchomienia silnika na miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty maksymalnie dwóch interwencji w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia.

11.6 Pojazd Zastępczy

1. Allianz na wniosek Ubezpieczonego organizuje i pokrywa koszty najmu Pojazdu Zastępczego, według poniższych zasad:
 - 1) w razie Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli unieruchomiony Ubezpieczony Pojazd był holowany na zlecenie Centrum Operacyjnego, Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, nie dłużej niż na okres 4 dni;
 - 2) w razie Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał Holowania i został oddany do naprawy, Pojazd Zastępczy przysługuje na Technologiczny Czas Naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, nie dłużej niż na okres 4 dni;

- 3) w razie Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu, Ubezpieczony Pojazd Zastępczy przysługuje przez okres 4 dni.
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty najmu Pojazdu Zastępczego:
 - 1) klasy o jedną niższą niż Ubezpieczony Pojazd wskazany w Umowie Ubezpieczenia i nie wyższej niż klasa C dla: samochodów osobowych i samochodów ciężarowych na nadwoziu osobowego;
 - 2) klasy A dla: samochodów osobowych klasy A, przyczep kempingowych, przyczep o dopuszczalnej ładowności do 500 kg, motorowerów, motocykli;
 - 3) klasyfikowanego w tym samym segmencie rynkowym co Ubezpieczony Pojazd w przypadku samochodów ciężarowych o ładowności do 2 ton oraz samochodów osobowych o liczbie miejsc większej niż 7, ale nie większej niż 9, przy czym Allianz nie gwarantuje tej samej liczby miejsc, takiego samego wyposażenia, funkcjonalności ani parametrów technicznych Pojazdu Zastępczego, jakie posiadał Ubezpieczony Pojazd.
3. Allianz pokrywa koszty podstawienia i odbioru Pojazdu Zastępczego.
4. Allianz nie pokrywa kosztów związanych z najmem Pojazdu Zastępczego w postaci wniesienia zabezpieczenia, wpłaty przez Ubezpieczonego kaucji w wysokości określonej przez podmiot świadczący usługę najmu lub zablokowania środków na karcie kredytowej na czas najmu.
5. Najem wskazanego przez Allianz Pojazdu Zastępczego odbywa się na podstawie umowy najmu Pojazdu Zastępczego zawartej pomiędzy Ubezpieczonym a wskazanym przez Allianz podmiotem świadczącym usługę najmu i na warunkach określonych w tej umowie, w tym dotyczących wniesienia zabezpieczeń na czas najmu, określonych w ust. 4.
6. W razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli Ubezpieczony z przyczyn od niego niezależnych lub z powodu Siły Wyższej nie zgłosił Zdarzenia Ubezpieczeniowego i skorzystał z usługi holowania we własnym zakresie lub gdy Zdarzenie Ubezpieczeniowe miało miejsce na autostradzie, a Ubezpieczony skorzystał z usługi holowania zorganizowanej przez służby drogowe – Ubezpieczony Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy, nie dłużej niż na okres 4 dni.

11.7 Pakiet samochodowy

W ramach pomocy Allianz organizuje i pokrywa:

1. Koszty parkingu w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu i braku możliwości Holowania bezpośrednio do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, do czasu ponownego otwarcia Warsztatu Naprawczego, jednakże na okres nie dłuższy niż 3 dni, do wysokości:
 - 1) 200 zł – dla Unieruchomienia na terytorium Polski;
 - 2) 60 euro – dla Unieruchomienia poza granicami Polski.
2. Koszty transportu przyczepy do Miejsca Zamieszkania (zgodnie z limitem określonym w 11.2 Holowanie) w razie gdy Ubezpieczony Pojazd, który ciągnął przyczepę:
 - 1) nie nadaje się do naprawy lub będzie holowany do Warsztatu Naprawczego na terytorium Polski; lub
 - 2) został skradziony i nie został odnaleziony w ciągu 48 godzin od chwili zgłoszenia Kradzieży.

11.8 Pakiet Kierowca i Pasażerowie

1. Allianz organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonych na czas naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, maksymalnie przez 3 doby, do wysokości:
 - 1) 200 zł na dobę dla każdego Ubezpieczonego w razie:
 - a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, w odległości co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania i w przypadku, gdy odholowany Ubezpieczony Pojazd nie może zostać naprawiony tego samego dnia;
 - b) Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, w odległości co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania.
 - 2) 75 euro za dobę dla każdego Ubezpieczonego w razie:
 - a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu poza granicami Polski, jeżeli naprawa potrwa co najmniej 48 godzin;
 - b) Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu poza granicami Polski.
 - c) Koszty zakwaterowania wymienione w ust. 1 nie obejmują kosztów wyżywienia, przejazdów na miejscu, telefonów i innych kosztów związanych z pobytem.
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) powrotu Ubezpieczonych do Miejsca Zamieszkania pociągami I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej w razie:
 - a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, jeżeli

naprawa Ubezpieczonego Pojazdu potrwa co najmniej 48 godzin;

b) Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania lub poza granicami Polski, jeżeli Ubezpieczony Pojazd nie został odnaleziony w ciągu 48 godzin od momentu zgłoszenia Kradzieży;

c) złomowania lub Holowania Ubezpieczonego Pojazdu przeznaczonego do złomowania; lub

2) kontynuacji podróży do miejsca docelowego pociągami I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej w razie:

a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, w przypadku gdy odległość pomiędzy miejscem docelowym a miejscem Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski nie przekracza odległości do Miejsca Zamieszkania;

b) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu poza granicami Polski. W razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu skorzystanie ze świadczeń dotyczących zakwaterowania Ubezpieczonych wyklucza możliwość skorzystania ze świadczeń dotyczących powrotu Ubezpieczonych do Miejsca Zamieszkania lub kontynuacji podróży.

3. Zgodnie z limitami na Holowanie, określonymi w 11.2 Holowanie, w razie korzystania z pomocy polegającej na Holowaniu – w związku z Unieruchomieniem Ubezpieczonego Pojazdu i przy braku możliwości przewiezienia Ubezpieczonych oraz Bagażu pojazdem holującym Ubezpieczony Pojazd – Allianz organizuje i pokrywa koszty przewiezienia Ubezpieczonych oraz Bagażu do jednego z poniższych miejsc:

1) miejsca wskazanego przez Kierowcę jako docelowe dla Holowania Ubezpieczonego Pojazdu;

2) miejsca zakwaterowania wskazanego przez Kierowcę, zgodnie z ust. 1 niniejszego paragrafu;

3) miejsca umożliwiającego kontynuowanie podróży do miejsca docelowego, wskazanego przez Kierowcę zgodnie z ust. 2 pkt 2) niniejszego paragrafu;

4) miejsca udostępnienia Pojazdu Zastępczego.

Allianz organizuje i pokrywa koszty przewiezienia Ubezpieczonych oraz Bagażu do miejsc wymienionych w pkt 2)-4) jedynie w sytuacji, gdy odległość między miejscem Unieruchomienia

Ubezpieczonego Pojazdu a miejscem wskazanym przez Kierowcę jest mniejsza lub równa odległości między miejscem Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu a miejscem wskazanym przez Kierowcę jako docelowe dla Holowania, wymienionym w pkt 1).

4. Allianz organizuje i pokrywa koszty przejazdu właściciela Ubezpieczonego Pojazdu lub osoby przez niego upoważnionej w razie konieczności odbioru Ubezpieczonego Pojazdu naprawionego lub odzyskanego po Kradzieży – pociągami I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej.

11.9 Pakiet pomocy medycznej po Wypadku

1. Allianz organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony doznał obrażeń ciała na skutek Wypadku i o ile stan jego zdrowia, w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego, nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego:

- 1) do placówki medycznej poza granicami Polski lub transportu Ubezpieczonego do Miejsca Zamieszkania w Polsce lub do placówki medycznej w Polsce, jeżeli Wypadek miał miejsce poza granicami Polski;
- 2) do Miejsca Zamieszkania w Polsce lub do placówki medycznej w Polsce, jeżeli Wypadek miał miejsce na terytorium Polski.

Świadczenia ust. 1, pkt 1)-2) są realizowane do łącznej kwoty 15 000 zł na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe.

2. W razie gdy Ubezpieczony na skutek Wypadku Ubezpieczonym Pojazdem jest hospitalizowany przez okres dłuższy niż 7 dni i nie towarzyszy mu osoba pełnoletnia, Allianz organizuje i pokrywa koszty:

- 1) jednorazowego przejazdu do miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego, dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego, pociągami I klasy, autobusem lub – jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem w klasie ekonomicznej; oraz
- 2) zakwaterowania maksymalnie przez 5 dób, do wysokości:
 - a) 200 zł na dobę – dla Wypadku na terytorium Polski;
 - b) 75 euro na dobę – dla Wypadku poza granicami Polski.

Koszty zakwaterowania wymienione w ust. 2 pkt 2) nie obejmują kosztów wyżywienia, przejazdów na miejscu, telefonów i innych kosztów związanych z pobytem.

3. Jeżeli po Wypadku lekarz pogotowia ratunkowego stwierdzi brak możliwości kierowania Ubezpieczonym Pojazdem przez Kierowcę i żaden z Pasażerów nie posiada uprawnień do kierowania Ubezpieczonym Pojazdem, Allianz organizuje i pokrywa koszty zmiennika Kierowcy w celu powrotu Ubezpieczonego Pojazdu i Ubezpieczonych do miejsca zamieszkania Kierowcy na terytorium Polski; w razie braku miejsca dla Ubezpieczonego w Pojeździe w związku z zaangażowaniem zmiennika Kierowcy, Allianz pokrywa koszty jednorazowego przejazdu do Miejsca Zamieszkania Ubezpieczonego pociągiem I klasy, autobusem lub – jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej.
4. W razie gdy Ubezpieczony doznał obrażeń ciała na skutek Wypadku i był wskutek tego hospitalizowany, Allianz organizuje i pokrywa koszty opieki lekarskiej na terytorium Polski po hospitalizacji, obejmujące:
 - 1) domową wizytę lekarską – do kwoty 160 zł;
 - 2) domową wizytę pielęgniarską – do kwoty 80 zł;
 - 3) sprzęt rehabilitacyjny – do kwoty 160 zł;
 - 4) konsultację psychologa – do kwoty 160 zł.
5. W razie zgonu Ubezpieczonego w następstwie Wypadku Ubezpieczonym Pojazdem Allianz organizuje i pokrywa:
 - 1) koszty transportu zwłok lub urny z prochami do miejsca pochówku na terytorium Polski – bez limitu kwotowego;
 - 2) koszty pogrzebu na terytorium Polski, obejmujące koszty trumny, urny i pochówku, do kwoty 6 000 zł łącznie.

11.10 Pakiet informacyjny

W ramach pomocy Allianz za pośrednictwem Centrum Operacyjnego:

1. W razie Zdarzenia Ubezpieczeniowego udziela informacji:
 - 1) dotyczących stanu dróg, trasy;
 - 2) dotyczących sieci autoryzowanych warsztatów, sieci firm wynajmujących samochody;
 - 3) o najbliższych stacjach benzynowych i stacjach ładowania pojazdów elektrycznych;
 - 4) o najbliższym zakładzie wulkanizacyjnym;
2. W razie Zdarzenia Ubezpieczeniowego oferuje Ubezpieczonemu możliwość skorzystania ze świadczeń Concierge, obejmujących rezerwację na koszt Ubezpieczonego:
 - 1) biletów lotniczych i kolejowych;
 - 2) hoteli i sal konferencyjnych;
 - 3) taksówek.
3. W razie Zdarzenia Ubezpieczeniowego udziela informacji dotyczących:

- 1) postępowania po Wypadku i formalności przy zgłaszaniu i wypełnianiu deklaracji wypadkowej;
- 2) numerów telefonów pomocy drogowej, lokalnej sieci warsztatów i możliwości naprawy Ubezpieczonego Pojazdu;
- 3) możliwości wynajmu Pojazdu Zastępczego.

11.11 Dodatkowy samochód zastępczy dla pojazdów elektrycznych

1. W przypadku Ubezpieczonych Pojazdów elektrycznych Allianz może zorganizować wynajem pojazdu spalinowego, dwa razy w ciągu okresu ubezpieczenia. Allianz nie pokrywa kosztów wynajmu pojazdu.
2. Ubezpieczony zawiera umowę najmu pojazdu bezpośrednio z wypożyczalnią samochodów.

11.12 Holowanie motocykla po wypadku

1. W przypadku, gdy Ubezpieczony Pojazd to motocykl, to jeśli doszło do Wypadku za granicą Polski (na terytorium objętym zakresem ubezpieczenia Assistance), holowanie organizowane jest bez limitu kilometrów niezależnie od wybranego wariantu, do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego w Polsce.

§ 12. Wariant Assistance Plus

12.1 Usprawnienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego

1. W przypadku Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu w następstwie Awarii, Wypadku albo Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia Allianz organizuje i pokrywa koszty usprawnienia Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o ile usprawnienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest możliwe, obejmujące koszt dojazdu oraz robocizny, jednakże w wysokości nie większej niż:
 - 1) 500 zł – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski;
 - 2) 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski.
2. Allianz nie pokrywa kosztów części zamiennych.

12.2 Holowanie

1. W razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Awarii, Wypadku albo w razie Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli nie ma możliwości usprawnienia Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Allianz organizuje i pokrywa koszty Holowania Ubezpieczonego Pojazdu z miejsca Zdarzenia Ubezpieczeniowego do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego:
 - 1) bez limitu kilometrów – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski;
 - 2) na odległość nie większą niż 450 km – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski.
2. Nie jest możliwe ponowne skorzystanie z Holowania dla jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego wywołanego tą samą przyczyną, z wyłączeniem sytuacji, gdy Ubezpieczony Pojazd został odholowany na parking w przypadku braku możliwości Holowania Ubezpieczonego Pojazdu bezpośrednio do miejsca docelowego, wskazanego przez Ubezpieczonego, zgodnie ze świadectwem. 12.7 Pakiet samochodowy, ust. 1 – koszty parkingu.
3. W przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego zaistniałego, poza granicami Polski, którym mowa w ust. 1, gdy miejsce wskazane przez Ubezpieczonego znajduje się na terytorium Polski, holowanie Pojazdu do granicy z Polską odbywa się zgodnie z limitem wskazanym w ust. 1 pkt. 2) a po przekroczeniu granicy przez holowany Pojazd z Polską aktywowany zostaje limit holowania na terytorium Polski, zgodnie z ust. 1 pkt 1).

12.3 Serwis assistance opony

1. W ramach pomocy w przypadku uszkodzenia ogumienia, Allianz organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) wymiany na miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego koła lub kół, w których zostały uszkodzone opony lub dętki, na sprawne koło lub koła zapasowe Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 2) Holowania Ubezpieczonego Pojazdu, na odległość nie większą niż 150 km w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski, do najbliższego Warsztatu Naprawczego lub wskazanego przez Centrum Operacyjne

zakładu wulkanizacyjnego, w którym zostanie dokonana naprawa uszkodzonego ogumienia, jeżeli wymiana koła lub kół na miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego nie będzie możliwa;

- 3) naprawy uszkodzonego ogumienia w Warsztacie Naprawczym lub zakładzie wulkanizacyjnym wskazanym przez Centrum Operacyjne obejmujące wyłączenie koszt robocizny.
2. Allianz nie pokrywa kosztu naprawy felgi lub felg, w których zostały uszkodzone opony lub dętki, ani kosztów zakupu części zamiennych.
3. Allianz organizuje i pokrywa koszty maksymalnie dwóch interwencji w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia.

12.4 Serwis assistance paliwo

1. W ramach pomocy Allianz organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) Holowania Ubezpieczonego Pojazdu do Warsztatu Naprawczego na odległość nie większą niż 150 km, w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski w razie zatankowania niewłaściwego rodzaju paliwa lub zamarznięcia paliwa; lub
 - 2) dowiezienia paliwa w ilości umożliwiającej dojazd Ubezpieczonego Pojazdu do najbliższej stacji paliw, jeżeli jego brak uniemożliwia kontynuację jazdy (z wyłączeniem kosztów tego paliwa); lub
 - 3) Holowania do najbliższej czynnej stacji paliw, na odległość nie większą niż 150 km, w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski;
 - 4) w przypadku rozładowania baterii w Ubezpieczonym Pojeździe elektrycznym, Allianz organizuje i pokrywa koszty Holowania do najbliższej stacji ładowania pojazdów lub o ile to możliwe zorganizuje usługę ładowania za pomocą przenośnej stacji do ładowania (z wyłączeniem kosztów tego ładowania).
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty interwencji w razie :
 - 1) zatankowania niewłaściwego rodzaju paliwa, zamarznięcia paliwa lub jego braku maksymalnie do dwóch razy w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia;

- 2) rozładowania baterii do sześciu razy w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia.

12.5 Serwis assistance akumulator

1. W ramach pomocy Allianz organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) uruchomienia silnika w Ubezpieczonym Pojeździe w przypadku rozładowania akumulatora, obejmujące wyłączone koszty dojazdu i robocizny mechanika; lub
 - 2) Holowania Ubezpieczonego Pojazdu do Warsztatu Naprawczego, na odległość nie większą niż 150 km, w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski, w razie braku możliwości uruchomienia silnika na miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty maksymalnie dwóch interwencji w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia.

12.6 Pojazd Zastępczy

1. Allianz na wniosek Ubezpieczonego organizuje i pokrywa koszty najmu Pojazdu Zastępczego, według poniższych zasad:
 - 1) w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Awarii, jeżeli unieruchomiony Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne, Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, nie dłużej niż na okres 4 dni;
 - 2) w razie Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli unieruchomiony Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne, Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, nie dłużej niż na okres 9 dni;
w razie Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał Holowania i został oddany do naprawy, Pojazd Zastępczy przysługuje na Technologiczny Czas Naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, nie dłużej niż na okres 9 dni;
 - 3) w razie Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu, Ubezpieczony Pojazd Zastępczy przysługuje przez 15dni.
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty najmu Pojazdu Zastępczego:
 - 1) klasy o jedną niższą niż Ubezpieczony Pojazd wskazany w Umowie Ubezpieczenia i nie wyższej niż klasa E dla: samochodów osobowych i samochodów ciężarowych w nadwoziu osobowego;
 - 2) klasy A dla: samochodów osobowych klasy A, przyczep kempingowych, przyczep o dopuszczalnej ładowności do 500 kg, motorowerów, motocykli;
 - 3) klasyfikowanego w tym samym segmencie rynkowym co Ubezpieczony Pojazd w przypadku samochodów ciężarowych o ładowności do 2 ton oraz samochodów osobowych o liczbie miejsc większej niż 7, ale nie większej niż 9, przy czym Allianz nie gwarantuje tej samej liczby miejsc, takiego samego wyposażenia, funkcjonalności ani parametrów technicznych Pojazdu Zastępczego, jakie posiadał Ubezpieczony Pojazd.
3. Świadczenie w postaci Pojazdu Zastępczego na wypadek Awarii przysługuje maksymalnie dwa razy w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia.
4. Allianz pokrywa koszty podstawienia i odbioru Pojazdu Zastępczego.
5. Allianz nie pokrywa kosztów związanych z najmem Pojazdu Zastępczego w postaci wniesienia zabezpieczenia, wpłaty przez Ubezpieczonego kaucji w wysokości określonej przez podmiot świadczący usługę najmu lub zablokowania środków na karcie kredytowej na czas najmu.
6. Najem wskazanego przez Allianz Pojazdu Zastępczego odbywa się na podstawie umowy najmu Pojazdu Zastępczego zawartej pomiędzy Ubezpieczonym a wskazanym przez Allianz podmiotem świadczącym usługę najmu i w warunkach określonych w tej umowie, w tym dotyczących wniesienia zabezpieczeń na czas najmu określonych w ust. 5.
7. W razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu, jeżeli Ubezpieczony z przyczyn od niego niezależnych lub z powodu Siły Wyższej nie zgłosił Zdarzenia Ubezpieczeniowego i skorzystał z usługi holowania we własnym zakresie lub gdy Zdarzenie Ubezpieczeniowe miało miejsce na autostradzie, a Ubezpieczony skorzystał z usługi holowania zorganizowanej przez służby drogowe – Ubezpieczony Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy:
 - 1) nie dłużej niż na okres 4 dni w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Awarii;
 - 2) nie dłużej niż na okres 9 dni w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia.

12.7 Pakiet samochodowy

W ramach pomocy Allianz organizuje i pokrywa:

1. Koszty parkingu w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu i braku możliwości Holowania bezpośrednio do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, do czasu ponownego otwarcia Warsztatu Naprawczego, jednakże na okres nie dłuższy niż 3 dni, do wysokości:
 - 1) 200 zł – dla Unieruchomienia na terytorium Polski;
 - 2) 60 euro – dla Unieruchomienia poza granicami Polski.
2. Koszty transportu przyczepy do Miejsca Zamieszkania (zgodnie z limitem określonym w 12.2 Holowanie) w razie gdy Ubezpieczony Pojazd ciągnął przyczepę i:
 - 1) nie nadaje się do naprawy lub będzie holowany do Warsztatu Naprawczego na terytorium Polski;
 - 2) został skradziony i nie został odnaleziony w ciągu 48 godzin od chwili zgłoszenia Kradzieży.

12.8 Pakiet Kierowca i Pasażerowie

1. Allianz organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonych na czas naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, maksymalnie przez 3 doby, do wysokości:
 - 1) 200 zł na dobę dla każdego Ubezpieczonego w razie:
 - a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, w odległości co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania i w przypadku, gdy odholowany Ubezpieczony Pojazd nie może zostać naprawiony tego samego dnia;
 - b) Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, w odległości co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania.
 - 2) 75 euro za dobę dla każdego Ubezpieczonego w razie:
 - a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu poza granicami Polski, jeżeli naprawa potrwa co najmniej 48 godzin;
 - b) Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu poza granicami Polski.
 - 3) Koszty zakwaterowania wymienione w ust. 1 nie obejmują kosztów wyżywienia, przejazdów na miejscu, telefonów i innych kosztów związanych z pobytem.
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) powrotu Ubezpieczonych do Miejsca Zamieszkania pociągami I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż

12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej w razie:

- a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, jeżeli naprawa Ubezpieczonego Pojazdu potrwa co najmniej 48 godzin;
 - b) Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania lub poza granicami Polski, jeżeli Ubezpieczony Pojazd nie został odnaleziony w ciągu 48 godzin od momentu zgłoszenia Kradzieży;
 - c) ztóżowania lub Holowania Ubezpieczonego Pojazdu przeznaczonego do ztóżowania; lub
- 2) kontynuacji podróży do miejsca docelowego pociągami I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej w razie:
 - a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, w przypadku gdy odległość pomiędzy miejscem docelowym a miejscem Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski nie przekracza odległości do Miejsca Zamieszkania;
 - b) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu poza granicami Polski, Ubezpieczeni mogą skorzystać z usługi zakwaterowania w hotelu albo z usługi powrotu do miejsca zamieszkania albo kontynuacji podróży. Nie można łączyć tych usług.
 3. Zgodnie z limitami na Holowanie, określonymi w 12.2 Holowanie, w razie korzystania z pomocy polegającej na Holowaniu – w związku z Unieruchomieniem Ubezpieczonego Pojazdu i przy braku możliwości przewiezienia Ubezpieczonych oraz Bagażu pojazdem holującym Ubezpieczony Pojazd – Allianz organizuje i pokrywa koszty przewiezienia Ubezpieczonych oraz Bagażu do jednego z poniższych miejsc:
 - 1) miejsca wskazanego przez Kierowcę jako docelowe dla Holowania Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 2) miejsca zakwaterowania wskazanego przez Kierowcę, zgodnie z ust. 1 niniejszego paragrafu;
 - 3) miejsca umożliwiającego kontynuowanie podróży do miejsca docelowego, wskazane przez Kierowcę zgodnie z ust. 2 pkt 2) niniejszego paragrafu;
 - 4) miejsca udostępnienia Pojazdu Zastępczego.
- Allianz organizuje i pokrywa koszty przewiezienia Ubezpieczonych oraz Bagażu do miejsc

wymienionych w pkt 2)-4) jedynie w sytuacji, gdy odległość między miejscem Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu a miejscem wskazanym przez Kierowcę jest mniejsza lub równa odległości między miejscem Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu a miejscem wskazanym przez Kierowcę jako docelowe dla Holowania, wymienionym w pkt 1).

4. Allianz organizuje i pokrywa koszty przejazdu właściciela Ubezpieczonego Pojazdu lub osoby przez niego upoważnionej w razie konieczności odbioru Ubezpieczonego Pojazdu naprawionego lub odzyskanego po Kradzieży – pociągami I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej.

12.9 Pakiet pomocy medycznej po Wypadku

1. Allianz organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony doznał obrażeń ciała na skutek Wypadku i o ile stan jego zdrowia, w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego, nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego:

- 1) do placówki medycznej poza granicami Polski lub transportu Ubezpieczonego do Miejsca Zamieszkania w Polsce lub do placówki medycznej w Polsce, jeżeli Wypadek miał miejsce poza granicami Polski;
- 2) do Miejsca Zamieszkania w Polsce lub do placówki medycznej w Polsce, jeżeli Wypadek miał miejsce na terytorium Polski.

Świadczenia ust. 1, pkt 1)-2) są realizowane do łącznej kwoty 15 000 zł na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe.

2. W razie gdy Ubezpieczony na skutek Wypadku Ubezpieczonym Pojazdem jest hospitalizowany przez okres dłuższy niż 7 dni i nie towarzyszy mu osoba pełnoletnia, Allianz organizuje i pokrywa koszty:

- 1) jednorazowego przejazdu do miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego, dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego, pociągami I klasy, autobusem lub – jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem w klasie ekonomicznej; oraz
- 2) zakwaterowania maksymalnie przez 5 dób, do wysokości:
 - a) 200 zł na dobę – dla Wypadku na terytorium Polski;
 - b) 75 euro na dobę – dla Wypadku poza granicami Polski.

Koszty zakwaterowania wymienione w ust. 2 pkt 2) nie obejmują kosztów wyżywienia,

przejazdów na miejscu, telefonów i innych kosztów związanych z pobytem.

3. Jeżeli po Wypadku lekarz pogotowia ratunkowego stwierdzi brak możliwości kierowania Ubezpieczonym Pojazdem przez Kierowcę i żaden z Pasażerów nie posiada uprawnień do kierowania Ubezpieczonym Pojazdem, Allianz organizuje i pokrywa koszty zmiennika Kierowcy w celu powrotu Ubezpieczonego Pojazdu i Ubezpieczonych do miejsca zamieszkania Kierowcy na terytorium Polski; w razie braku miejsca dla Ubezpieczonego w Pojeździe w związku z zaangażowaniem zmiennika Kierowcy, Allianz pokrywa koszty jednorazowego przejazdu do Miejsca Zamieszkania Ubezpieczonego pociągami I klasy, autobusem lub – jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej;
4. W razie gdy Ubezpieczony doznał obrażeń ciała na skutek Wypadku i był hospitalizowany, Allianz organizuje i pokrywa koszty opieki lekarskiej na terytorium Polski po hospitalizacji, obejmujące:
 - 1) domową wizytę lekarską – do kwoty 160 zł;
 - 2) domową wizytę pielęgniarską – do kwoty 80 zł;
 - 3) sprzęt rehabilitacyjny – do kwoty 160 zł;
 - 4) konsultację psychologa – do kwoty 160 zł.
5. W razie zgonu Ubezpieczonego w następstwie Wypadku Ubezpieczonym Pojazdem Allianz organizuje i pokrywa:
 - 1) koszty transportu zwłok lub urny z prochami do miejsca pochówku na terytorium Polski – bez limitu kwotowego;
 - 2) koszty pogrzebu na terytorium Polski, obejmujące koszty trumny, urny i pochówku, do kwoty 6 000 zł łącznie.

12.10 Pakiet Informacyjny

W ramach pomocy Allianz za pośrednictwem Centrum Operacyjnego:

1. W razie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego udziela informacji:
 - 1) dotyczących stanu dróg, trasy;
 - 2) dotyczących sieci autoryzowanych warsztatów, sieci firm wynajmujących samochody;
 - 3) o najbliższych stacjach benzynowych i stacjach ładowania pojazdów elektrycznych;
 - 4) o najbliższym zakładzie wulkanizacyjnym.
2. W razie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego oferuje Ubezpieczonemu możliwość skorzystania ze świadczeń Concierge, obejmujących rezerwację na koszt Ubezpieczonego:
 - 1) biletów lotniczych i kolejowych;
 - 2) hoteli i sal konferencyjnych;
 - 3) taksówek.

3. W razie Zdarzenia Ubezpieczeniowego udziela informacji dotyczących:

- 1) postępowania po Wypadku i formalności przy zgłaszaniu i wypełnianiu deklaracji wypadkowej;
- 2) numerów telefonów pomocy drogowej, lokalnej sieci warsztatów i możliwości naprawy Ubezpieczonego Pojazdu;
- 3) możliwości wynajmu Pojazdu Zastępczego.

12.11 Dodatkowy samochód zastępczy dla pojazdów elektrycznych

1. W przypadku Ubezpieczonych Pojazdów elektrycznych Allianz może zorganizować wynajem pojazdu spalinowego, dwa razy w ciągu okresu ubezpieczenia. Allianz nie pokrywa wynajmu pojazdu.
2. Ubezpieczony zawiera umowę najmu pojazdu bezpośrednio z wypożyczalnią samochodów.

12.12 Holowanie motocykla po wypadku

1. W przypadku, gdy Ubezpieczony Pojazd to motocykl, to jeśli doszło do Wypadku za granicą Polski (na terytorium objętym zakresem ubezpieczenia Assistance), holowanie organizowane jest bez limitu kilometrów niezależnie od wybranego wariantu, do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego w Polsce.

§ 13. Wariant Assistance Exclusive

13.1. Usprawnienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego

1. W przypadku Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu w następstwie Awarii, Wypadku albo Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia Allianz organizuje i pokrywa koszty usprawnienia Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o ile usprawnienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest możliwe, obejmujące koszt dojazdu oraz robocizny, jednakże w wysokości nie większej niż:
 - 1) 500 zł – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski;
 - 2) 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski.
2. Allianz nie pokrywa kosztów części zamiennych.

13.2. Holowanie

1. W razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Awarii, Wypadku albo w razie Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli nie ma możliwości usprawnienia Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Allianz organizuje i pokrywa koszty Holowania Ubezpieczonego Pojazdu z miejsca Zdarzenia Ubezpieczeniowego do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego:
 - 1) bez limitu kilometrowego – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski;
 - 2) na odległość nie większą niż 1500 km – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski – do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego.
2. Nie jest możliwe ponowne skorzystanie z Holowania dla jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego powodującego odpowiedzialność Allianz, z wyłączeniem sytuacji, gdy Ubezpieczony Pojazd został odholowany na parking w przypadku braku możliwości Holowania Ubezpieczonego Pojazdu bezpośrednio do miejsca docelowego, wskazanego przez Ubezpieczonego, zgodnie ze świadectwem. 13.7 Pakiet samochodowy, ust. 1 – koszty parkingu.
3. W przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego zaistniałego, poza granicami Polski, o którym mowa w ust. 1, gdy miejsce wskazane przez Ubezpieczonego znajduje się na terytorium Polski, holowanie Pojazdu do granicy z Polską odbywa się zgodnie z limitem wskazanym w ust. 1 pkt. 2) a po przekroczeniu granicy przez holowany Pojazd z Polską, zgodnie z ust. 1 pkt 1), nie obowiązuje limit kilometrowy.

13.3. Serwis assistance opony

1. W ramach pomocy w przypadku uszkodzenia ogumienia, Allianz organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) wymiany na miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego koła lub kół, w których zostały uszkodzone opony lub dętki na sprawne koło lub koła zapasowe będące na wyposażeniu Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 2) Holowania Ubezpieczonego Pojazdu, na odległość nie większą niż 150 km, do najbliższego Warsztatu Naprawczego lub wskazanego przez Centrum Operacyjne zakładu wulkanizacyjnego, w którym zostanie dokonana naprawa uszkodzonego ogumienia, jeżeli wymiana koła lub kół na miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego nie

będzie możliwa w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski; lub

- 3) naprawy uszkodzonego ogumienia w warsztacie naprawczym lub wskazanym przez Centrum Operacyjne zakładowie wulkanizacyjnym obejmujące wyłącznie koszt robocizny.
2. Allianz nie pokrywa kosztu naprawy felgi lub felg, w których zostały uszkodzone opony lub dętki, ani kosztów zakupu części zamiennych.
3. Allianz organizuje i pokrywa koszty do dwóch interwencji w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia.

13.4. Serwis assistance paliwo

1. W ramach pomocy Allianz organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) Holowania Ubezpieczonego Pojazdu do Warsztatu Naprawczego na odległość nie większą niż 150 km w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski, w razie zatankowania niewłaściwego rodzaju paliwa lub zamarznięcia paliwa; lub
 - 2) dowiezienia paliwa w ilości umożliwiającej dojazd Ubezpieczonego Pojazdu do najbliższej stacji paliw, jeżeli jego brak uniemożliwia kontynuację jazdy (z wyłączeniem kosztów tego paliwa); lub
 - 3) Holowania do najbliższej czynnej stacji paliw, na odległość nie większą niż 150 km, w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski,
 - 4) w przypadku rozładowania baterii w Ubezpieczonym Pojeździe elektrycznym Allianz organizuje i pokryje koszty Holowania do najbliższej stacji ładowania pojazdów lub o ile to możliwe zorganizuje usługę ładowania za pomocą przenośnej stacji do ładowania (z wyłączeniem kosztów tego ładowania).
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty interwencji w razie:
 - 1) zatankowania niewłaściwego rodzaju paliwa, zamarznięcia paliwa lub jego braku maksymalnie do dwóch razy w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia;

- 2) rozładowania baterii do sześciu razy w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia.

13.5. Serwis assistance akumulator

1. W ramach pomocy Allianz organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) uruchomienia silnika w przypadku rozładowania akumulatora, obejmujące wyłącznie koszty dojazdu i robocizny mechanika; lub
 - 2) Holowania Ubezpieczonego Pojazdu do Warsztatu Naprawczego, na odległość nie większą niż 150 km, w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski w razie braku możliwości uruchomienia silnika na miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty maksymalnie dwóch interwencji w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia.

13.6. Pojazd Zastępczy

1. Allianz na wniosek Ubezpieczonego organizuje i pokrywa koszty najmu Pojazdu Zastępczego, według poniższych zasad:
 - 1) w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Awarii, jeżeli unieruchomiony Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne, Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy, nie dłużej niż na okres 10 dni;
 - 2) w razie Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli unieruchomiony Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne, Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy nie dłużej niż na okres 14 dni; w razie Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał Holowania i został oddany do naprawy, Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, nie dłużej niż na okres 14 dni;
 - 3) w razie Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu Ubezpieczony Pojazd Zastępczy przysługuje przez 21 dni.
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty najmu Pojazdu Zastępczego:
 - 1) klasy o jedną niższą niż Ubezpieczony Pojazd wskazany w Umowie Ubezpieczenia i nie wyższej niż klasa E dla: samochodów osobowych i samochodów ciężarowych w nadwoziu osobowego

- 2) klasy A, dla: samochodów osobowych klasy A, przyczep kempingowych, przyczep o dopuszczalnej ładowności do 500 kg, motorowerów, motocykli;
- 3) klasyfikowanego w tym samym segmencie rynkowym co Ubezpieczony Pojazd w przypadku samochodów ciężarowych o ładowności do 2 ton oraz samochodów osobowych o liczbie miejsc większej niż 7, ale nie większej niż 9, przy czym Allianz nie gwarantuje tej samej liczby miejsc, takiego samego wyposażenia, funkcjonalności ani parametrów technicznych Pojazdu Zastępczego, jakie posiadał Ubezpieczony Pojazd.
3. Świadczenie w postaci Pojazdu Zastępczego na wypadek Awarii przysługuje maksymalnie dwa razy w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia.
4. Allianz pokrywa koszty podstawienia i odbioru Pojazdu Zastępczego.
5. Allianz nie pokrywa kosztów związanych z najmem Pojazdu Zastępczego w postaci wniesienia zabezpieczenia, wpłaty przez Ubezpieczonego kaucji w wysokości określonej przez podmiot świadczący usługę najmu lub zablokowania środków na karcie kredytowej na czas najmu.
6. Najem wskazanego przez Allianz Pojazdu Zastępczego odbywa się na podstawie umowy najmu Pojazdu Zastępczego zawartej pomiędzy Ubezpieczonym a wskazanym przez Allianz podmiotem świadczącym usługę najmu i na warunkach określonych w tej umowie, w tym dotyczących wniesienia zabezpieczeń na czas najmu określonych w ust. 5.
7. W razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu, jeżeli Ubezpieczony z przyczyn od niego niezależnych lub z powodu Siły Wyższej nie zgłosił Zdarzenia Ubezpieczeniowego i skorzystał z usługi holowania we własnym zakresie lub gdy Zdarzenie Ubezpieczeniowe miało miejsce na autostradzie, a Ubezpieczony skorzystał z usługi holowania zorganizowanej przez służby drogowe – Ubezpieczony Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy:
 - 1) nie dłużej niż na okres 10 dni w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Awarii;
 - 2) nie dłużej niż na okres 14 dni w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia.

13.7. Pakiet samochodowy

W ramach pomocy Allianz organizuje i pokrywa:

1. Koszty parkingu w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu i braku możliwości

Holowania bezpośrednio do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, do czasu ponownego otwarcia Warsztatu Naprawczego, jednakże na okres nie dłuższy niż 3 dni, do wysokości:

- 1) 200 zł – dla Unieruchomienia na terytorium Polski;
 - 2) 60 euro – dla Unieruchomienia poza granicami Polski.
2. Koszty transportu przyczepy do Miejsca Zamieszkania (zgodnie z limitem określonym w 13.2 Holowanie) w razie gdy Ubezpieczony Pojazd, który ciągnął przyczepę i:
 - 1) nie nadaje się do naprawy lub będzie holowany do Warsztatu Naprawczego na terytorium Polski;
 - 2) został skradziony i nie został odnaleziony w ciągu 48 godzin od chwili zgłoszenia Kradzieży.

13.8. Pakiet KIEROWCA i PASAŻEROWIE

1. Allianz organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonych na czas naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, maksymalnie przez 3 doby, do wysokości:
 - 1) 200 zł na dobę dla każdego Ubezpieczonego w razie:
 - a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, w odległości co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania i w przypadku, gdy odholowany Ubezpieczony Pojazd nie może zostać naprawiony tego samego dnia;
 - b) Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, w odległości co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania.
 - 2) 75 euro za dobę dla każdego Ubezpieczonego w razie:
 - a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu poza granicami Polski, jeżeli naprawa potrwa co najmniej 48 godzin;
 - b) Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu poza granicami Polski.
- Koszty zakwaterowania wymienione w ust. 1 nie obejmują kosztów wyżywienia, przejazdów na miejscu, telefonów i innych kosztów związanych z pobytem.
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) powrotu Ubezpieczonych do Miejsca Zamieszkania pociągami I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej w razie:
 - a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, jeżeli naprawa Ubezpieczonego Pojazdu potrwa co najmniej 48 godzin;

- b) Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania lub poza granicami Polski, jeżeli Ubezpieczony Pojazd nie został odnaleziony w ciągu 48 godzin od momentu zgłoszenia Kradzieży;
 - c) złomowania lub Holowania Ubezpieczonego Pojazdu przeznaczanego do złomowania; lub
- 2) kontynuacji podróży do miejsca docelowego pociągami I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej w razie:
- a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, w przypadku gdy odległość pomiędzy miejscem docelowym a miejscem Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski nie przekracza odległości do Miejsca Zamieszkania;
 - b) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu poza granicami Polski, Ubezpieczeni mogą skorzystać z usługi zakwaterowania w hotelu albo z usługi powrotu do miejsca zamieszkania albo kontynuacji podróży. Nie można łączyć tych usług.
3. Zgodnie z limitami na Holowanie, określonymi w 13.2 Holowanie, w razie korzystania z pomocy polegającej na Holowaniu – w związku z Unieruchomieniem Ubezpieczonego Pojazdu i przy braku możliwości przewiezienia Ubezpieczonych oraz Bagażu pojazdem holującym Ubezpieczony Pojazd – Allianz organizuje i pokrywa koszty przewiezienia Ubezpieczonych oraz Bagażu do jednego z poniższych miejsc:
- 1) miejsca wskazanego przez Kierowcę jako docelowe dla Holowania Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 2) miejsca zakwaterowania wskazanego przez Kierowcę, zgodnie z ust. 1 niniejszego paragrafu;
 - 3) miejsca umożliwiającego kontynuowanie podróży do miejsca docelowego, wskazanego przez Kierowcę zgodnie z ust. 2 pkt 2) niniejszego paragrafu;
 - 4) miejsca udostępnienia Pojazdu Zastępczego. Allianz organizuje i pokrywa koszty przewiezienia Ubezpieczonych oraz Bagażu do miejsc wymienionych w pkt 2)-4) jedynie w sytuacji, gdy odległość między miejscem Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu a miejscem wskazanym przez Kierowcę jest mniejsza lub równa odległości między miejscem Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu a miejscem

wskazanych przez Kierowcę jako docelowe dla Holowania, wymienionym w pkt 1).

4. Allianz organizuje i pokrywa koszty przejazdu właściciela Ubezpieczonego Pojazdu lub osoby przez niego upoważnionej w razie konieczności odbioru Ubezpieczonego Pojazdu naprawionego lub odzyskanego po Kradzieży – pociągami I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej.

13.9. Pakiet pomocy medycznej po Wypadku

1. Allianz organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony doznał obrażeń ciała na skutek Wypadku i o ile stan jego zdrowia, w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego, nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego:
- 1) do placówki medycznej poza granicami Polski lub transportu Ubezpieczonego do Miejsca Zamieszkania w Polsce lub do placówki medycznej w Polsce, jeżeli Wypadek miał miejsce poza granicami Polski;
 - 2) do Miejsca Zamieszkania w Polsce lub do placówki medycznej w Polsce, jeżeli Wypadek miał miejsce na terytorium Polski.
- Świadczenia ust. 1, pkt 1)-2) są realizowane do łącznej kwoty 15 000 zł na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe.
2. W razie gdy Ubezpieczony na skutek Wypadku Ubezpieczonym Pojazdem jest hospitalizowany przez okres dłuższy niż 7 dni i nie towarzyszy mu osoba pełnoletnia, Allianz organizuje i pokrywa koszty:
- 1) jednorazowego przejazdu do miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego, dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego, pociągami I klasy, autobusem lub – jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem w klasie ekonomicznej; oraz
 - 2) zakwaterowania maksymalnie przez 5 dób, do wysokości:
 - a) 200 zł na dobę – dla Wypadku na terytorium Polski;
 - b) 75 euro na dobę – dla Wypadku poza granicami Polski.
- Koszty zakwaterowania wymienione w ust. 2 pkt 2) nie obejmują kosztów wyżywienia, przejazdów na miejscu, telefonów i innych kosztów związanych z pobytem.
3. Jeżeli po Wypadku lekarz pogotowia ratunkowego stwierdzi brak możliwości kierowania Ubezpieczonym Pojazdem przez Kierowcę i żaden z Pasażerów nie posiada uprawnień do kierowania Ubezpieczonym Pojazdem,

- Allianz organizuje i pokrywa koszty zmiennika Kierowcy w celu powrotu Ubezpieczonego Pojazdu i Ubezpieczonych do miejsca zamieszkania Kierowcy na terytorium Polski; w razie braku miejsca dla Ubezpieczonego w Pojeździe w związku z zaangażowaniem zmiennika Kierowcy, Allianz pokrywa koszty jednorazowego przejazdu do Miejsca Zamieszkania Ubezpieczonego pociągiem I klasy, autobusem lub – jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej;
4. W razie gdy Ubezpieczony doznał obrażeń ciała na skutek Wypadku i był hospitalizowany, Allianz organizuje i pokrywa koszty opieki lekarskiej na terytorium Polski po hospitalizacji, obejmujące:
 - 1) domową wizytę lekarską – do kwoty 160 zł;
 - 2) domową wizytę pielęgniarską – do kwoty 80 zł;
 - 3) sprzęt rehabilitacyjny – do kwoty 160 zł;
 - 4) konsultację psychologa – do kwoty 160 zł.
 5. W razie zgonu Ubezpieczonego w następstwie Wypadku Ubezpieczonym Pojazdem Allianz organizuje i pokrywa:
 - 1) koszty transportu zwłok lub urny z prochami do miejsca pochówku na terytorium Polski – bez limitu kwotowego;
 - 2) koszty pogrzebu na terytorium Polski, obejmujące koszty trumny, urny i pochówku, do kwoty 6 000 zł łącznie.

13.10. Opieka nad dziećmi

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego lub trwającej dłużej niż 3 dni hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Wypadku, Allianz w ramach pomocy organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) zakwaterowania, żywienia i opieki nad niepełnoletnimi dziećmi, znajdującymi się pod wyjątkową opieką Ubezpieczonego przez czas potrzebny do organizacji powrotu;
 oraz
 - 2) powrotu niepełnoletnich dzieci, znajdujących się pod wyjątkową opieką Ubezpieczonego do Miejsca Zamieszkania na terytorium Polski.
2. Przejazd określony w ust. 1, pkt 2) odbywa się pociągiem I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej.
3. Koszty powrotu określone w ust. 1, pkt 2) pokrywane są wyjątkowo w przypadku, gdy nie mogło nastąpić wykorzystanie wcześniej zaplanowanego środka transportu.

13.11. Odstawienie Ubezpieczonego Pojazdu po naprawie (door to door)

1. W razie pozostawienia Ubezpieczonego Pojazdu w związku z Unieruchomieniem w Warsztacie Naprawczym, po zakończeniu naprawy Ubezpieczonego Pojazdu trwającej dłużej niż 3 dni, Allianz organizuje i pokrywa koszty odstawienia Ubezpieczonego Pojazdu przez kierowcę zastępczego z Warsztatu Naprawczego do Miejsca Zamieszkania lub innego miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, pod warunkiem że to miejsce znajduje się nie dalej niż Miejsce Zamieszkania.
2. Świadczenie organizowane jest na następujących warunkach:
 - 1) Allianz potwierdza telefonicznie z Warsztatem Naprawczym przygotowanie Ubezpieczonego Pojazdu do odbioru po naprawie, w szczególności fakt rozliczenia kosztów naprawy;
 - 2) Allianz wyznacza osobę do prowadzenia Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 3) Ubezpieczony przesyła do Centrum Operacyjnego upoważnienie do prowadzenia Ubezpieczonego Pojazdu dla osoby wskazanej przez Allianz, kontaktując się telefonicznie pod numerem telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfa operatora).

13.12. Pakiet Zima

1. W ramach Pakietu Zima na wypadek gdyby:
 - 1) w Ubezpieczonym Pojeździe dokonano zmiany opon, Allianz pomaga w zorganizowaniu przechowania opon, przy czym Allianz nie pokrywa kosztów przechowania opon;
 - 2) dotychczas posiadane przez Ubezpieczonego łańcuchy uległy zagubieniu, Allianz organizuje zakup i dowóz łańcuchów, przy czym raz w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia koszt zakupu i dowozu łańcuchów pokrywa Allianz; limit na świadczenie wynosi 200 zł;
 - 3) zewnętrzna temperatura powietrza spadła poniżej 0 stopni Celsjusza, Allianz organizuje zakup i dowóz odmrażaczy do zamków, przy czym raz w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia koszt zakupu i dowozu odmrażaczy do zamków pokrywa Allianz; limit na świadczenie wynosi 100 zł.
2. Usługi Pakietu Zima są świadczone na terytorium Polski.

13.13. Pakiet informacyjny

W ramach pomocy Allianz za pośrednictwem Centrum Operacyjnego:

1. W razie Zdarzenia Ubezpieczeniowego udziela informacji:
 - 1) dotyczących stanu dróg, trasy;
 - 2) dotyczących sieci autoryzowanych warsztatów, sieci firm wynajmujących samochody;
 - 3) o najbliższych stacjach benzynowych i stacjach ładowania pojazdów elektrycznych;
 - 4) o najbliższym zakładzie wulkanizacyjnym.
2. W razie Zdarzenia Ubezpieczeniowego oferuje Ubezpieczonemu możliwość skorzystania ze świadczeń Concierge, obejmujących rezerwację na koszt Ubezpieczonego:
 - 1) biletów lotniczych i kolejowych;
 - 2) hoteli i sal konferencyjnych;
 - 3) taksówek.
3. W razie Zdarzenia Ubezpieczeniowego udziela informacji dotyczących:
 - 1) postępowania po Wypadku i formalności przy zgłoszeniu i wypelnianiu deklaracji wypadkowej;
 - 2) numerów telefonów pomocy drogowej, lokalnej sieci warsztatów i możliwości naprawy Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 3) możliwości wynajmu Pojazdu zastępczego.

13.14 Dodatkowy samochód zastępczy dla pojazdów elektrycznych

1. W przypadku Ubezpieczonych Pojazdów elektrycznych Allianz może zorganizować wynajem pojazdu spalinowego, dwa razy w ciągu okresu ubezpieczenia. Allianz nie pokrywa wynajmu pojazdu.
2. Ubezpieczony zawiera umowę najmu pojazdu bezpośrednio z wypożyczalnią samochodów.

13.15 Holowanie motocykla po wypadku

1. W przypadku, gdy Ubezpieczony Pojazd to motocykl, to jeśli doszło do Wypadku za granicą Polski (na terytorium objętym zakresem ubezpieczenia Assistance), holowanie organizowane jest bez limitu kilometrów niezależnie od wybranego wariantu, do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego w Polsce.

§ 14. Wariant Assistance Super Exclusive

14.1 Usprawnienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego

1. W przypadku Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu w następstwie Awarii, Wypadku albo Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia Allianz organizuje i pokrywa koszty usprawnienia Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o ile usprawnienie Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest możliwe, obejmujące koszt dojazdu oraz robocizny, jednakże w wysokości nie większej niż:
 - 1) 500 zł – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski;
 - 2) 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski.
2. Allianz nie pokrywa kosztów części zamiennych.

14.2 Holowanie

1. W razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Awarii, Wypadku albo w razie Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli nie ma możliwości usprawnienia Ubezpieczonego Pojazdu w miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Allianz organizuje i pokrywa koszty Holowania Ubezpieczonego Pojazdu z miejsca Zdarzenia Ubezpieczeniowego do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego:
 - 1) bez limitu kilometrowego – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski;
 - 2) na odległość nie większą niż 2000 km – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski.
2. Nie jest możliwe ponowne skorzystanie z Holowania dla jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego wywołanego tą samą przyczyną, z wyłączeniem sytuacji, gdy Ubezpieczony Pojazd został odholowany na parking w przypadku braku możliwości Holowania Ubezpieczonego Pojazdu bezpośrednio do miejsca docelowego, wskazanego przez Ubezpieczonego, zgodnie ze świadczeniem 13.7 Pakiet samochodowy, ust. 1 – koszty parkingu.
3. W przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego zaistniałego, poza granicami Polski, o którym mowa w ust. 1, gdy miejsce wskazane przez

Ubezpieczonego znajduje się na terytorium Polski, holowanie Pojazdu do granicy z Polską odbywa się zgodnie z limitem wskazanym w ust. 1 pkt. 2) a po przekroczeniu granicy przez holowany Pojazd z Polską, zgodnie z ust. 1 pkt 1, nie obowiązuje limit kilometrowy.

4. W przypadku, gdy Ubezpieczony Pojazd to motocykl, to jeśli doszło do Wypadku za granicą RP (na terytorium objętym zakresem ubezpieczenia Assistance), holowanie organizowane jest bez limitu kilometrów niezależnie od wybranego wariantu, do miejsca wskazanego w Polsce.

14.3 Serwis assistance opony

1. W ramach pomocy w przypadku uszkodzenia ogumienia, Allianz organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) wymiany na miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego koła lub kół, w których zostały uszkodzone opony lub dętki, na sprawne koło lub koła zapasowe Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 2) Holowania Ubezpieczonego Pojazdu w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski, do najbliższego Warsztatu Naprawczego lub wskazanego przez Centrum Operacyjne zakładu wulkanizacyjnego, w którym zostanie dokonana naprawa uszkodzonego ogumienia, jeżeli wymiana koła lub kół na miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego nie będzie możliwa;
 - 3) naprawy uszkodzonego ogumienia w Warsztacie Naprawczym lub zakładzie wulkanizacyjnym wskazanym przez Centrum Operacyjne obejmujące wyłącznie koszt robocizny.
2. Allianz nie pokrywa kosztu naprawy felgi lub felg, w których zostały uszkodzone opony lub dętki, ani kosztów zakupu części zamiennych.
3. Allianz organizuje i pokrywa koszty maksymalnie dwóch interwencji w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia.
 - 1) dwóch interwencji w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) rozładowania baterii w Ubezpieczonym Pojeździe elektrycznym maksymalnie do sześciu razy w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia.

14.5 Serwis assistance akumulator

1. W ramach pomocy Allianz organizuje i pokrywa koszty:

- 1) uruchomienia silnika w przypadku rozładowania akumulatora obejmujące wyłącznie koszty dojazdu i robocizny mechanika;
 - lub
 - 2) Holowania Ubezpieczonego Pojazdu do Warsztatu Naprawczego, na odległość nie większą niż 150 km, w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium Polski, lub do kwoty 250 euro – w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych poza granicami Polski, wskazanego przez Centrum Operacyjne, w razie braku możliwości uruchomienia silnika na miejscu Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty maksymalnie dwóch interwencji w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia.

14.6 Pojazd Zastępczy

1. Allianz na wniosek Ubezpieczonego organizuje i pokrywa koszty najmu Pojazdu Zastępczego, według poniższych zasad:
 - 1) w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Awarii, jeżeli unieruchomiony Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne, Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy, nie dłużej niż na okres 10 dni;
 - 2) w razie Wypadku, jeżeli unieruchomiony Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne, Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy, nie dłużej niż na okres 21 dni;
 - 3) w razie Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli unieruchomiony Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne, Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy, nie dłużej niż na okres 14 dni;
 - 4) w razie Wypadku, jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał Holowania i został oddany do naprawy, Pojazd Zastępczy przysługuje:
 - a) na czas naprawy, nie dłużej niż na okres 5 dni, jeżeli Technologiczny Czas Naprawy Ubezpieczonego Pojazdu jest krótszy niż 5 dni;
 - b) na Technologiczny Czas Naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, nie dłużej niż na okres 21 dni, jeżeli Technologiczny Czas Naprawy Ubezpieczonego Pojazdu wynosi co najmniej 5 dni;
 - 5) w razie Kradzieży części Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał Holowania i został oddany do naprawy, Pojazd Zastępczy

przysługuje na Technologiczny Czas Naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, nie dłużej niż na okres 10 dni;

- 6) w razie Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu Pojazd Zastępczy przysługuje przez 30 dni;
- 7) w razie uszkodzenia ogumienia, jeżeli Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne, zgodnie ze świadczaniem 13.3 ust. 1 pkt 2, i jeżeli naprawa lub wymiana ogumienia w Warsztacie Naprawczym lub zakładzie wulkanizacyjnym nie jest możliwa w dniu zaistnienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy lub wymiany ogumienia, nie dłużej niż na okres 3 dni.
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty najmu Pojazdu Zastępczego tej samej klasy co klasa Ubezpieczonego Pojazdu.
3. Świadczenie w postaci Pojazdu Zastępczego na wypadek Awarii przysługuje dwa razy w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia.
4. Allianz pokrywa koszty podstawienia i odbioru Pojazdu Zastępczego.
5. Allianz nie pokrywa kosztów związanych z najmem pojazdu w postaci wniesienia zabezpieczenia, wpłaty przez Ubezpieczonego kaucji w wysokości określonej przez podmiot świadczący usługę najmu lub zablokowania środków na karcie kredytowej na czas najmu.
6. Najem wskazanego przez Allianz Pojazdu Zastępczego odbywa się na podstawie umowy najmu Pojazdu Zastępczego zawartej pomiędzy Ubezpieczonym a wskazanym przez Allianz podmiotem świadczącym usługę najmu i na warunkach określonych w tej umowie, w tym dotyczących wniesienia zabezpieczeń na czas najmu określonych w ust. 5.
7. W razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu, jeżeli Ubezpieczony z przyczyn od niego niezależnych lub z powodu Siły Wyższej nie zgłosił Zdarzenia Ubezpieczeniowego i skorzystał z usługi holowania we własnym zakresie lub gdy Zdarzenie Ubezpieczeniowe miało miejsce na autostradzie, a Ubezpieczony skorzystał z usługi holowania zorganizowanej przez specjalne służby drogowe – Pojazd Zastępczy przysługuje na czas naprawy:
 - 1) nie dłużej niż na okres 10 dni w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Awarii;
 - 2) nie dłużej niż na okres 14 dni w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Kradzieży części Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia;

- 3) nie dłużej niż na okres 21 dni w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na skutek Wypadku.

14.7 Pakiet samochodowy

W ramach pomocy Allianz organizuje i pokrywa:

1. Koszty parkingu w razie Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu braku możliwości Holowania bezpośrednio do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, do czasu ponownego otwarcia Warsztatu Naprawczego,, jednakże na okres nie dłuższy niż 3 dni, do wysokości:
 - 1) 200 zł – dla Unieruchomienia na terytorium Polski;
 - 2) 60 euro – dla Unieruchomienia poza granicami Polski.
2. Koszty transportu przyczepy do Miejsca Zamieszkania (zgodnie z limitem określonym w 13.2 Holowanie) w razie gdy Ubezpieczony Pojazd, który ciągnął przyczepę:
 - 1) nie nadaje się do naprawy lub będzie holowany do Warsztatu Naprawczego na terytorium Polski;
 - 2) został skradziony i nie został odnaleziony w ciągu 48 godzin od chwili zgłoszenia Kradzieży.

14.8 Pakiet Kierowca i Pasażerowie

1. Allianz organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonych na czas naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, maksymalnie przez 3 doby, do wysokości:
 - 1) 200 zł na dobę dla każdego UBEZPIECZONEGO w razie:
 - a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, w odległości co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania i w przypadku, gdy odholowany Ubezpieczony Pojazd nie może zostać naprawiony tego samego dnia;
 - b) Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, w odległości co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania.
 - 2) 75 euro za dobę dla każdego Ubezpieczonego w razie:
 - a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu poza granicami Polski, jeżeli naprawa potrwa co najmniej 48 godzin;
 - b) Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu poza granicami Polski.
 - 3) Koszty zakwaterowania wymienione w ust. 1 powyżej nie obejmują kosztów wyżywienia, przejazdów na miejscu, telefonów i innych kosztów związanych z pobytem.
2. Allianz organizuje i pokrywa koszty:

- 1) powrotu Ubezpieczonych do Miejsca Zamieszkania pociągiem I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej w razie:
 - a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, jeżeli na prawo Ubezpieczonego Pojazdu potrwa co najmniej 48 godzin;
 - b) Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania lub poza granicami Polski, jeżeli Ubezpieczony Pojazd nie został odnaleziony w ciągu 48 godzin od momentu zgłoszenia Kradzieży;
 - c) złomowania lub Holowania Ubezpieczonego Pojazdu przeznaczonego do złomowania;

lub

- 2) kontynuacji podróży do miejsca docelowego pociągiem I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej w razie:
 - a) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski, w przypadku gdy odległość pomiędzy miejscem docelowym a miejscem Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu na terytorium Polski nie przekracza odległości do Miejsca Zamieszkania;
 - b) Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu poza granicami Polski, Ubezpieczeni mogą skorzystać z usługi zakwaterowania w hotelu albo z usługi powrotu do miejsca zamieszkania albo kontynuacji podróży. Nie można łączyć tych usług.
3. Zgodnie z limitami na Holowanie, określonymi w 13.2 Holowanie, w razie korzystania z pomocy polegającej na Holowaniu – w związku z Unieruchomieniem Ubezpieczonego Pojazdu i przy braku możliwości przewiezienia Ubezpieczonych oraz Bagażu pojazdem holującym Ubezpieczony Pojazd – Allianz organizuje i pokrywa koszty przewiezienia Ubezpieczonych oraz Bagażu do jednego z poniższych miejsc:
 - 1) miejsca wskazanego przez Kierowcę jako docelowe dla Holowania Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 2) miejsca zakwaterowania wskazanego przez Kierowcę, zgodnie z ust. 1 niniejszego paragrafu;
 - 3) miejsca umożliwiającego kontynuowanie podróży do miejsca docelowego, wskazanego przez Kierowcę zgodnie z ust. 2 pkt 2) niniejszego paragrafu;

- 4) miejsca udostępnienia Pojazdu Zastępczego.
Allianz organizuje i pokrywa koszty przewiezienia Ubezpieczonych oraz Bagażu do miejsc wymienionych w pkt 2)-4) jedynie w sytuacji, gdy odległość między miejscem Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu a miejscem wskazanym przez Kierowcę jest mniejsza lub równa odległości między miejscem Unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu a miejscem wskazanym przez Kierowcę jako docelowe dla Holowania, wymienionym w pkt 1).

4. Allianz organizuje i pokrywa koszty przejazdu właściciela Ubezpieczonego Pojazdu lub osoby przez niego upoważnionej w razie konieczności odbioru Ubezpieczonego Pojazdu naprawionego lub odzyskanego po Kradzieży – pociągiem I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej.

14.9 Pakiet pomocy medycznej po Wypadku

1. Allianz organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony doznał obrażeń ciała na skutek Wypadku i o ile stan jego zdrowia, w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego, nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego:
 - 1) do placówki medycznej poza granicami Polski lub transportu Ubezpieczonego do Miejsca Zamieszkania w Polsce lub do placówki medycznej w Polsce, jeżeli Wypadek miał miejsce poza granicami Polski;
 - 2) do Miejsca Zamieszkania w Polsce lub do placówki medycznej w Polsce, jeżeli Wypadek miał miejsce na terytorium Polski.
- Świadczenia ust. 1, pkt 1)-2) są realizowane do łącznej kwoty 15 000 zł na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe.
2. W razie gdy Ubezpieczony na skutek Wypadku Ubezpieczonym Pojazdem jest hospitalizowany przez okres dłuższy niż 7 dni i nie towarzyszy mu osoba pełnoletnia, Allianz organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) jednorazowego przejazdu do miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego, dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego, pociągiem I klasy, autobusem lub – jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem w klasie ekonomicznej; oraz
 - 2) zakwaterowania maksymalnie przez 5 dob, do wysokości:
 - a) 200 zł na dobę – dla Wypadku na terytorium Polski;

- b) 75 euro na dobę – dla Wypadku poza granicami Polski.
- Koszty zakwaterowania wymienione w ust. 2 pkt 2) nie obejmują kosztów wyżywienia, przejazdów na miejscu, telefonów i innych kosztów związanych z pobytem.
3. Jeżeli po Wypadku lekarz pogotowia ratunkowego stwierdzi brak możliwości kierowania Ubezpieczonym Pojazdem przez Kierowcę i żaden z Pasażerów nie posiada uprawnień do kierowania Ubezpieczonym Pojazdem, Allianz organizuje i pokrywa koszty zmiennika Kierowcy w celu powrotu Ubezpieczonego Pojazdu i Ubezpieczonych do miejsca zamieszkania Kierowcy na terytorium Polski; w razie braku miejsca dla Ubezpieczonego w Pojeździe w związku z zaangażowaniem zmiennika Kierowcy, Allianz pokrywa koszty jednorazowego przejazdu do Miejsca Zamieszkania Ubezpieczonego pociągiem I klasy, autobusem lub – jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej;
 4. W razie gdy Ubezpieczony doznał obrażeń ciała na skutek Wypadku i był hospitalizowany, Allianz organizuje i pokrywa koszty opieki lekarskiej na terytorium Polski po hospitalizacji, obejmujące:
 - 1) domową wizytę lekarską – do kwoty 160 zł;
 - 2) domową wizytę pielęgniarską – do kwoty 80 zł;
 - 3) sprzęt rehabilitacyjny – do kwoty 160 zł;
 - 4) konsultację psychologa – do kwoty 160 zł.
 5. W razie zgonu Ubezpieczonego w następstwie Wypadku Ubezpieczonym Pojazdem Allianz organizuje i pokrywa:
 - 1) koszty transportu zwłok lub urny z prochami do miejsca pochówku na terytorium Polski – bez limitu kwotowego;
 - 2) koszty pogrzebu na terytorium Polski, obejmujące koszty trumny, urny i pochówku, do kwoty 6 000 zł łącznie.

14.10 Opieka nad dziećmi

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego lub trwającej dłużej niż 3 dni hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Wypadku, Allianz w ramach pomocy organizuje i pokrywa koszty:
 - 1) zakwaterowania, wyżywienia i opieki nad niepełnoletnimi dziećmi, znajdującymi się pod wyjątkową opieką Ubezpieczonego przez czas potrzebny do organizacji powrotu;
 - 2) powrotu niepełnoletnich dzieci, znajdujących się pod wyjątkową opieką Ubezpieczonego do Miejsca Zamieszkania na terytorium Polski.

2. Przejazd określony w ust. 1, pkt 2) odbywa się pociągiem I klasy, autobusem lub jeśli czas podróży jest dłuższy niż 12 godzin – samolotem klasy ekonomicznej.
3. Koszty powrotu określone w ust. 1, pkt 2) pokrywane są wyłącznie w przypadku, gdy nie mogło nastąpić wykorzystanie wcześniej zaplanowanego środka transportu.

14.11 Odstawienie Ubezpieczonego Pojazdu po naprawie (door to door)

1. W razie pozostawienia Ubezpieczonego Pojazdu w związku z Unieruchomieniem w Warsztacie Naprawczym, po zakończeniu naprawy Ubezpieczonego Pojazdu trwającej dłużej niż 3 dni, Allianz organizuje i pokrywa koszty odstawienia Ubezpieczonego Pojazdu przez kierowcę zastępczego z Warsztatu Naprawczego do Miejsca Zamieszkania lub innego miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, pod warunkiem że to miejsce znajduje się nie dalej niż Miejsca Zamieszkania.
2. Świadczenie organizowane jest na następujących warunkach:
 - 1) Allianz potwierdza telefonicznie z Warsztatem Naprawczym przygotowanie Ubezpieczonego Pojazdu do odbioru po naprawie, w szczególności fakt rozliczenia kosztów naprawy;
 - 2) Allianz wyznacza osobę do prowadzenia Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 3) Ubezpieczony przesyła do Centrum Operacyjnego podpisane upoważnienie do prowadzenia Ubezpieczonego Pojazdu kontaktując się telefonicznie pod numerem telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora).

14.12 Pakiet Zima

1. W ramach Pakietu Zima na wypadek gdyby:
 - 1) w Ubezpieczonym Pojeździe dokonano zmiany opon, Allianz pomaga w zorganizowaniu przechowań opon, przy czym Allianz nie pokrywa kosztów przechowania opon;
 - 2) dotychczas posiadane przez Ubezpieczonego łańcuchy uległy zagubieniu, Allianz organizuje zakup i dowóz łańcuchów, przy czym raz w trakcie trwania rocznej umowy ubezpieczenia koszt zakupu i dowozu łańcuchów pokrywa Allianz; limit na świadczenie wynosi 200 zł;
 - 3) zewnętrzna temperatura powietrza spadła poniżej 10 stopnia Celsjusza, Allianz organizuje zakup i dowóz odmrażaczy do zamków, przy czym raz w trakcie trwania rocznej

umowy ubezpieczenia koszt zakupu i dowodu odmrązaczy do zamków pokrywa Allianz; limit na świadczenie wynosi 100 zł.

2. Usługi Pakietu Zima są świadczone na terytorium Polski.

14.13 Pakiet informacyjny

W ramach pomocy Allianz za pośrednictwem Centrum Operacyjnego:

1. W razie Zdarzenia Ubezpieczeniowego udziela informacji:
 - 1) dotyczących stanu dróg, trasy;
 - 2) dotyczących sieci autoryzowanych warsztatów, sieci firm wynajmujących samochody;
 - 3) o najbliższych stacjach benzynowych i stacjach ładowania pojazdów elektrycznych;
 - 4) o najbliższym zakładzie wulkanizacyjnym.
2. W razie Zdarzenia Ubezpieczeniowego oferuje możliwość skorzystania ze świadczeń Concierge, obejmujących rezerwację na koszt Ubezpieczonego:
 - 1) biletów lotniczych i kolejowych;
 - 2) hoteli i sal konferencyjnych;
 - 3) taksówek.
3. W razie Zdarzenia Ubezpieczeniowego udziela informacji dotyczących:
 - 1) postępowania po Wypadku i formalności przy zgłaszaniu i wypełnianiu deklaracji wypadkowej;
 - 2) numerów telefonów pomocy drogowej, lokalnej sieci warsztatów i możliwości naprawy Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 3) możliwości wynajmu pojazdu zastępczego.

14.14 Dodatkowy samochód zastępczy dla pojazdów elektrycznych

1. W przypadku Ubezpieczonych Pojazdów elektrycznych Allianz może zorganizować wynajem pojazdu spalinowego, dwa razy w ciągu okresu ubezpieczenia. Allianz nie pokrywa kosztów wynajmu pojazdu.
2. Ubezpieczony zawiera umowę najmu pojazdu bezpośrednio z wypożyczalnią samochodów.

14.15 Holowanie motocykla po wypadku

1. W przypadku, gdy Ubezpieczony Pojazd to motocykl, to jeśli doszło do Wypadku za granicą Polski (na terytorium objętym zakresem ubezpieczenia Assistance), holowanie organizowane jest bez limitu kilometrów niezależnie od wybranego wariantu, do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego w Polsce.

§ 16. Postępowanie reklamacyjne

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
3. Allianz rozpatrzy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowie na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Allianz poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustala, aby rozpatrzyć sprawę oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Allianz odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem Allianz odpowie na reklamację, skargę zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępnione są na stronie internetowej www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
6. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
7. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do

pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody.) Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

8. 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/>

III. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17.

9. Allianz realizuje wszelkie świadczenia wynikające z OWU za pośrednictwem Centrum Operacyjnego: AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ARC Europe Polska Sp. z o.o., WTW Services sp. z o.o.

10. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
11. Prawem właściwym dla umów ubezpieczenia zawieranych w oparciu o OWU jest prawo polskie.
12. Językiem stosowanym w relacjach Allianz z Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub uprawnionym z tytułu Umowy Ubezpieczenia jest język polski. Dopuszcza się przedłożenie dokumentacji medycznej w języku angielskim, a także w języku obowiązującym w państwie, na terenie którego wystąpiło Zdarzenie Ubezpieczeniowe.
13. Allianz posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.
14. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 148/2024 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 7 grudnia 2024 roku.

Marcin Kulawik
Prezes Zarządu

Vojtěch Pivný
Członek Zarządu

Andrzej Wasilewski
Członek Zarządu

Monika Leżyńska
Członek Zarządu

Przetwarzanie danych osobowych

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych. Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach. W razie przetwarzania danych osobowych dla celów marketingowych, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody.

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie Internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze,
- analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk,
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na Administratorze,

- przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora,
- zawarcia umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług,
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego,

Administrator danych jest częścią grupy Allianz, która prowadzi działalność o globalnym zasięgu. Ze względu na charakter i zakres oferowanych usług, Pani/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, Administrator wdraża odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony Pani/Pana danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące

reguły korporacyjne zatwierdzone przez właściwy organ nadzoru. Powyższe środki służą realizacji Pani/Pana praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej. Administrator na Pani/Pana wniosek udostępni kopię tych zabezpieczeń.

Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Pana/Panią dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historię umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, reasekuratorom, podmiotom świadczącym usługi prawne, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. Allianz sp. z o.o.. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, rzeczoznawcom, warsztatom naprawczym, podmiotom świadczącym usługi assistance, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, decyzje dotyczące Pani/Pana mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany, tj. bez wpływu człowieka. Decyzje te będą dotyczyły wysokości składki ubezpieczeniowej i oparte będą o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego dotyczącego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka, tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka.

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania,
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,
- przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przestać innemu administratorowi danych,

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej.

Przydatne wskazówki

Tu znajdziesz wskazówki, jak dbać o bezpieczeństwo swoje i innych, gdy korzystasz z pojazdu.

Poniższe wskazówki nie stanowią treści o.w.u. – pełnią one jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia. Obowiązki związane z umową wynikają z treści o.w.u.

Jak zabezpieczyć samochód w przypadku wystąpienia anomalii pogodowych?

1. Śledź ostrzeżenia i zalecenia lokalnych władz – jeśli zajdzie konieczność ewakuacji lub przymieszczenia pojazdu, postępuj zgodnie z zaleceniami.
2. Upewnij się, że wszystkie okna i drzwi są zamknięte – w przypadku wystąpienia burzy z silnym wiatrem lub gradem, ważne jest, aby wszystkie okna i drzwi samochodu były dokładnie zamknięte, aby uniknąć zalania wnętrza lub uszkodzeń, które mogą powstać w wyniku gradobicia.
3. Zabezpiecz samochód przed gradem – jeśli to możliwe, postaraj się znaleźć zadaszone miejsce parkingowe, takie jak garaż lub zadaszony parking, aby uniknąć uszkodzeń spowodowanych przez grad. Jeśli nie ma takiej możliwości, możesz użyć specjalnego pokrowca ochronnego, które mogą pomóc w minimalizacji szkód.
4. Unikaj parkowania pod drzewami w czasie burz i silnych wiatrów – mogą powodować upadanie gałęzi z drzew, co może uszkodzić samochód.
5. Regularnie dbaj o pojazd – regularna konserwacja samochodu (w tym sprawdzanie stanu opon, działania układu hamulcowego i innych istotnych podzespołów) może pomóc w zapobieganiu uszkodzeniom spowodowanym przez ekstremalne warunki pogodowe.

Jak jeździć bezpiecznie

- Nie korzystaj z telefonu w trakcie prowadzenia pojazdu. Pisanie smsów czy np. ustawianie nawigacji podczas jazdy odwraca uwagę od sytuacji na drodze. A to podnosi ryzyko spowodowania wypadku lub kolizji.
- Przestrzegaj ograniczeń prędkości i zachowuj bezpieczny odstęp pomiędzy pojazdami. Zawsze zwracaj uwagę na znaki drogowe.
- Zapinaj pasy bezpieczeństwa i wymagaj tego od swoich pasażerów.
- Podczas długich podróży zatrzymuj się na krótką przerwę co dwie godziny.

- Przygotuj samochód na trudne warunki pogodowe – opady deszczu lub śniegu oraz oblodzoną nawierzchnię.

Jak konserwować i użytkować pojazd

- Dbaj o stan techniczny pojazdu – nie zapominaj o wymaganych przeglądach technicznych, regularnie sprawdzaj ciśnienie w oponach i poziom oleju w pojeździe.
- Dbaj o sprawność wycieraczek i regularnie wymieniaj w nich pióra.
- Upewnij się, że światła pojazdu są sprawne i czyste.

Jak przeciwdziałać kradzieżom

- Nie pozostawiaj pojazdu bez nadzoru, zwłaszcza w podejrzanych lub niezamieszkałych miejscach.
- Nigdy nie zostawiaj dowodu rejestracyjnego w pojeździe.
- Zawsze wyjmuj z pojazdu kluczyki, nawet jeśli jest on zaparkowany na terenie prywatnym. Pamiętaj o zamknięciu wszystkich okien.
- Zawsze, gdy opuszczasz samochód, uruchamiaj zabezpieczenia przeciwkradzieżowe.
- Rozważ użycie dodatkowych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, jak np. blokada skrzyni biegów.

Jak dbać o bezpieczeństwo w podróży

- Gdy wyruszasz w dłuższą podróż, zabierz gumę do żucia. Żucie gumy dotlenia mózg i sprzyja podniesieniu koncentracji.
- Sфотографuj najważniejsze dokumenty, takie jak: dowód rejestracyjny pojazdu, odcinek polisy OC oraz swój dokument tożsamości. Przechowuj zdjęcia, np. w swojej chmurze. Możesz je też wysłać mailem na swój adres.
- Unikaj parkowania pod drzewami albo w miejscach o wysokim ryzyku osunięcia się kamieni, lodu lub śniegu.

Limity świadczeń w poszczególnych wariantach Assistance

WARIANT UBEZPIECZENIA	ASSISTANCE MINI	ASSISTANCE STANDARD	ASSISTANCE PLUS	ASSISTANCE EXCLUSIVE	ASSISTANCE SUPER EXCLUSIVE
ZAKRES TERYTORIALNY	Polska	Polska, Europa, europejska część Turcji, grecka część Cypru, z wyłączeniem terytorium Białorusi, Ukrainy, Mołdawii, Rosji; dla wybranego segmentu pojazdów zakres może zostać ograniczony do Polski			
ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE	1. Wypadek	1. Awaria (co najmniej 30 km od Miejsca Zamieszkania); 2. Wypadek; 3. Kradzież; 4. rozładowanie akumulatora; 5. uszkodzenie ogumienia; 6. zatkanowanie niewłaściwego rodzaju paliwa; 7. brak paliwa lub rozładowanie baterii w Ubezpieczonym Pojeździe elektrycznym; 8. zamarznięcie paliwa.	1. Awaria; 2. Wypadek; 3. Kradzież; 4. rozładowanie akumulatora; 5. uszkodzenie ogumienia; 6. zatkanowanie niewłaściwego rodzaju paliwa; 7. brak paliwa lub rozładowanie baterii w Ubezpieczonym Pojeździe elektrycznym; 8. zamarznięcie paliwa.		
USPRAWNIENIE POJAZDU NA MIEJSCU	Do kwoty 500 zł	Do kwoty 500 zł (Polska); 250 Euro (zagranica)			
USPRAWNIENIE NA MIEJSCU POJAZDU OSOBY POSZKODOWANEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO	Do kwoty 500 zł	Nie dotyczy			

WARIANT UBEZPIECZENIA	ASSISTANCE MINI	ASSISTANCE STANDARD	ASSISTANCE PLUS	ASSISTANCE EXCLUSIVE	ASSISTANCE SUPER EXCLUSIVE
HOLOWANIE	Do najbliższego Warsztatu Naprawczego, do 150 km	Do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego: 1. Do 150 km (Polska); 2. Do 100 km (zagranica).	Do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego: 1. Bez limitu km (Polska); 2. Do 450 km (zagranica).	Do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego: 1. Bez limitu km (Polska); 2. Do 1500 km (zagranica).	Do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego: 1. Bez limitu km (Polska); 2. Do 2000 km (zagranica).
HOLOWANIE POJAZDU POSKODOWANEGO	Do najbliższego Warsztatu Naprawczego, do 150 km	Nie dotyczy			
POJAZD ZASTĘPCZY (AWARIA)	Nie dotyczy		Do 4 dni (na 1 Awarię), do dwóch razy w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia	Do 10 dni (na 1 Awarię), do dwóch razy w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia	Do 10 dni (na 1 Awarię), do dwóch razy w trakcie trwania rocznej Umowy Ubezpieczenia
POJAZD ZASTĘPCZY (WYPADEK)	Nie dotyczy	Do 4 dni	Do 9 dni	Do 14 dni	- Do 21 dni (na czas naprawy, jeżeli unieruchomiony Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne) - Do 5 dni (na czas naprawy, jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał Holowania a Technologiczny Czas Naprawy jest krótszy niż 5 dni) - Do 21 dni (na Technologiczny Czas Naprawy, jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał Holowania a Technologiczny Czas Naprawy wynosi co najmniej 5 dni)

WARIANT UBEZPIECZENIA	ASSISTANCE MINI	ASSISTANCE STANDARD	ASSISTANCE PLUS	ASSISTANCE EXCLUSIVE	ASSISTANCE SUPER EXCLUSIVE
POJAZD ZASTĘPCZY (KRADZIEŻ)	Nie dotyczy	Przez 4 dni	Przez 15 dni	Przez 21 dni	Przez 30 dni
POJAZD ZASTĘPCZY (USZKODZENIE OGUMIENIA)	Nie dotyczy				Do 3 dni
KLASA POJAZDU ZASTĘPCZEGO	Nie dotyczy	1. O jedną klasę niższą niż klasa Ubezpieczonego Pojazdu i nie wyższą niż C dla samochodów osobowych i ciężarowych w nadwoziu osobowego; 2. Dla Ubezpieczonych Pojazdów klasy A, motocykli, motorowerów, przyczep kempingowych, przyczep o dopuszczalnej ładowności do 500 kg – klasa A; 3. Dla samochodów ciężarowych o ładowności do 2 t. i samochodów osobowych o liczbie miejsc 7-9 – ta sama klasa.	1. O jedną klasę niższą niż klasa Ubezpieczonego Pojazdu i nie wyższą niż E dla samochodów osobowych i ciężarowych w nadwoziu osobowego; 2. Dla Ubezpieczonych Pojazdów klasy A, motocykli, motorowerów, przyczep kempingowych, przyczep o dopuszczalnej ładowności do 500 kg – klasa A; 3. Dla samochodów ciężarowych o ładowności do 2 t. i samochodów osobowych o liczbie miejsc 7-9 – ta sama klasa.		Ta sama klasa co klasa Ubezpieczonego Pojazdu

WARIANT UBEZPIECZENIA	ASSISTANCE MINI	ASSISTANCE STANDARD	ASSISTANCE PLUS	ASSISTANCE EXCLUSIVE	ASSISTANCE SUPER EXCLUSIVE
WARUNKI WYNAJMU POJAZDU ZASTĘPCZEGO (GDY POJAZD ZOSTAŁ ODDANY DO NAPRAWY)	Nie dotyczy	W razie Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli unieruchomiony Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne – na czas naprawy W razie Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał Holowania – na Czas Naprawy	W razie Unieruchomienia Ubezpieczonego pojazdu na skutek Awarii, Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli unieruchomiony Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne – na czas naprawy W razie Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał Holowania – na Technologiczny Czas Naprawy W razie wypadku lub kradzieży Części Ubezpieczonego Pojazdu, jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał holowania, ale nie mógł się poruszać zgodnie z przepisami prawa o ruchu drogowym – na Czas Naprawy.	W razie Unieruchomienia Ubezpieczonego pojazdu na skutek Awarii, Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli unieruchomiony Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne – na czas naprawy W razie Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał Holowania – na Technologiczny Czas Naprawy W razie Wypadku jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał Holowania - na czas naprawy (w przypadku Technologicznego Czasu Naprawy krótszego niż 5 dni), lub na Technologiczny Czas Naprawy (w przypadku Technologicznego Czasu Naprawy wynoszącego co najmniej 5 dni) W razie uszkodzenia ogumienia, jeżeli Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne - na czas naprawy lub wymiany ogumienia	W razie Unieruchomienia Ubezpieczonego pojazdu na skutek Awarii, Wypadku lub Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli unieruchomiony Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne – na czas naprawy W razie Kradzieży części Ubezpieczonego Pojazdu lub wyposażenia, jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał Holowania – na Technologiczny Czas Naprawy W razie Wypadku jeżeli uszkodzony Ubezpieczony Pojazd nie wymagał Holowania - na czas naprawy (w przypadku Technologicznego Czasu Naprawy krótszego niż 5 dni), lub na Technologiczny Czas Naprawy (w przypadku Technologicznego Czasu Naprawy wynoszącego co najmniej 5 dni) W razie uszkodzenia ogumienia, jeżeli Ubezpieczony Pojazd był holowany przez Centrum Operacyjne - na czas naprawy lub wymiany ogumienia

WARIANT UBEZPIECZENIA	ASSISTANCE MINI	ASSISTANCE STANDARD	ASSISTANCE PLUS	ASSISTANCE EXCLUSIVE	ASSISTANCE SUPER EXCLUSIVE
SERWIS ASSISTANCE OPONY	Nie dotyczy	Do 2 interwencji w roku: 1. wymiana kół lub kół na miejsce zdarzenia; 2. Holowanie do najbliższego Warsztatu Naprawczego: do 150 km (Polska), do kwoty 250 Euro (zagranica); 3. Naprawa ogumienia w Warsztacie Naprawczym lub zakładzie wulkanizacyjnym (pokrycie wyłącznie kosztów robocizny).			
SERWIS ASSISTANCE PALIWO	Nie dotyczy	Do 2 interwencji w roku: 1. Holowanie do najbliższej stacji paliw: do 150 km (Polska), do kwoty 250 Euro (zagranica); 2. Dowiezienie paliwa w ilości wystarczającej na dojazd do najbliższej stacji paliw (bez pokrycia kosztów paliwa). Do 6 interwencji w roku: 1. Holowanie do najbliższej stacji ładowania lub mobilne ładowanie w przypadku pojazdów elektrycznych (bez pokrycia kosztów ładowania).			
SERWIS ASSISTANCE AKUMULATOR	Nie dotyczy	Do 2 interwencji w roku: 1. Uruchomienie silnika (pokrycie kosztów dojazdu i robocizny); 2. Holowanie do najbliższego Warsztatu Naprawczego: do 150 km (Polska), do kwoty 250 Euro (zagranica).			
PAKIEŢ INFORMACYJNY	Udział w informacji o: stanie dróg, sieci autoryzowanych warsztatów, sieci firm wynajmujących samochody, najbliższych stacji benzynowych i stacjach ładowania pojazdów elektrycznych, najbliższych zakładach wulkanizacyjnych, postępowania po wypadku, numerach, możliwości najmu pojazdu zastępczego oraz świadczenia CONCIERGE: rezerwacja biletów lotniczych i kolejowych, hoteli i sal konferencyjnych, zamawianie taksówek.				
PAKIEŢ SAMOCHODOWY	Nie dotyczy	1. Parking (na maksymalnie 3 doby) do kwoty 200 zł (Polska), 60 Euro (zagranica); 2. Transport przyczepy (zgodnie z limitem na Holowanie).			
PAKIEŢ KIEROWCA I PASAŻEROWIE	Nie dotyczy	1. Zakwaterowanie Ubezpieczonych na czas naprawy Ubezpieczonego Pojazdu lub w razie Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu do kwoty 200 zł (Polska), 75 Euro (zagranica); 2. Powrót Ubezpieczonych do Miejsca Zamieszkania lub kontynuacji podróży do miejsca docelowego;* 3. Przewiezienie Ubezpieczonych i Bagażu w razie Holowania. *skorzystanie z kosztów zakwaterowania Ubezpieczonych na czas naprawy wyklucza możliwość skorzystania z kosztów powrotu ubezpieczonych do Miejsca Zamieszkania lub kontynuacji podróży			
PAKIEŢ POMOCY MEDYCZNEJ PO WYPADKU	Nie dotyczy	1. Transport medyczny Ubezpieczonego, w razie urazu ciała na skutek Wypadku (do łącznej kwoty 15 000 zł); 2. Przejazd dla jednej osoby bliskiej do Ubezpieczonego; 3. Zakwaterowanie jednej osoby bliskiej do 200 zł/doba (Polska), 75 Euro/doba (zagranica); 4. Zmiennik Kierowcy; 5. Opieka lekarska dla Ubezpieczonego w Polsce po Wypadku; 6. Transport zwłok lub urny do miejsca pochówku w Polsce (bez limitu kwotowego); 7. Koszty pogrzebu w Polsce (koszty trumny, urny i pochówku) – do kwoty 6000 zł.			

WARIANT UBEZPIECZENIA	ASSISTANCE MINI	ASSISTANCE STANDARD	ASSISTANCE PLUS	ASSISTANCE EXCLUSIVE	ASSISTANCE SUPER EXCLUSIVE
Dodatkowy samochód zastępczy dla pojazdów elektrycznych	Nie dotyczy	1. Organizacja wynajmu pojazdu spalinyowego – 2 razy w ciągu okresu ubezpieczenia 2. Allianz nie pokrywa kosztów wynajmu pojazdu			
Holowanie motocykla po wypadku	Nie dotyczy	1. Holowanie motocykla bez limitu kilometrów niezależnie od wybranego wariantu, do miejsca wskazanego w Polsce, w przypadku wypadku motocykla za granicami Polski			
OPIEKA NAD DZIEĆMI	Nie dotyczy	W razie zgonu Ubezpieczonego lub trwającej dłużej niż 3 dni hospitalizacji wskutek Wypadku: 1. Zakwaterowanie, wyżywienie, opieka nad dziećmi do czasu organizacji powrotu do Miejsca Zamieszkania w Polsce; 2. Powrót dzieci.			
ODSTAWIENIE POJAZDU PO NAPRAWIE (DOOR TO DOOR)	Nie dotyczy	Odstawienie Ubezpieczonego Pojazdu przez kierowcę zastępczego do Miejsca Zamieszkania Ubezpieczonego, gdy naprawa trwa dłużej niż 3 dni.			
PAKIET ZIMA (usługi świadczone w Polsce)	Nie dotyczy	1. Organizacja przechowania opon; 2. Zakup i dowóz tańcuchów – limit 200 zł; 3. Zakup i dowóz odmrzączy do zamków – limit 100 zł.			

Notatki

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Notatki

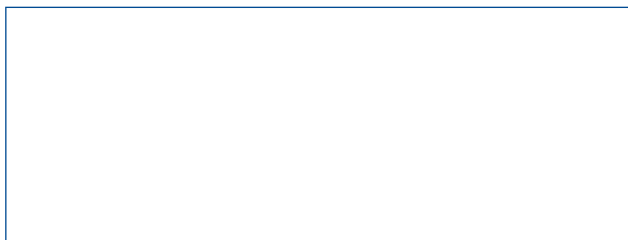
This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

TUIR Allianz Polska S.A.

ul. Inflancka 4B

00-189 Warszawa

Zadzwoń do Twojego agenta



Infolinia: 224 224 224

www.allianz.pl

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

Autocasco

Spis treści

§ 1. Postanowienia ogólne	4
§ 2. Definicje.	4
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia	6
§ 4. Zakres ubezpieczenia.	7
§ 5. Wytęczenia odpowiedzialności	7
§ 6. Umowa ubezpieczenia	9
§ 7. Składka	10
§ 8. Początek i koniec odpowiedzialności Allianz	11
§ 9. Zasady ustalania i wypłaty odszkodowań	12
§ 10. Obowiązki Ubezpieczającego	
Postępowanie w przypadku szkody	18
§ 11. Klauzule dodatkowe do Umowy Ubezpieczenia . .	19
§ 12. Postępowanie reklamacyjne	21
§ 13. Postanowienia końcowe.	22
Przetwarzanie danych osobowych	23
Przydatne wskazówki.	25

Ogólne warunki ubezpieczenia Autocasco

Poniższa tabela wskazuje informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	§ 3 ust. 1, 3, 4, 6 § 4 § 9 § 11 ust. 1-4 Informacje zawarte w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 3 ust. 2-5 § 4 ust. 2 § 5 § 7 ust. 6 § 9 ust. 1 pkt 2), ust. 2, ust. 6, pkt 1) ppkt b)-d), ust. 8, pkt 1), ppkt b)-c), ust. 9, pkt 1), ppkt b)-c), ust. 12-14, ust. 18, pkt 1), ppkt a), ust. 20, pkt 1-2, 5, ust. 28 § 10, ust. 7-9 § 11 ust. 2, pkt 3) Informacje zawarte w tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej „Allianz”, zawiera Umowy Ubezpieczenia z Ubezpieczającymi posiadającymi zdolność do czynności prawnych.
2. Dopuszcza się możliwość wprowadzenia do umowy postanowień odmiennych lub dodatkowych w stosunku do wskazanych w niniejszych OWU.

§ 2. Definicje

Pojęciom pisany w niniejszych OWU wielką literą nadano brzmienie określone poniżej:

1. **Amortyzacja** – współczynnik zużycia części Ubezpieczonego Pojazdu lub bagażu (o ile został objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej klauzuli Ubezpieczenie bagażu) wynikający z jego eksploatacji, wyrażony procentowo.
2. **Części Alternatywne** – części zamienne, których producent zaświadcza, że są one porównywalnej jakości, co oryginalne komponenty dla danego typu pojazdów, dystrybuowane poza siecią producenta albo importera Ubezpieczonego pojazdu, posiadające homologację.
3. **Części Oryginalne Serwisowe** – części zamienne tej samej jakości co komponenty stosowane do montażu Ubezpieczonego Pojazdu, których producent zaświadcza, że zostały one wyprodukowane zgodnie ze specyfikacjami i standardami produkcyjnymi ustalonymi przez producenta pojazdu danej marki, rekomendowane przez producenta tego pojazdu.
4. **Części Używane** – to komponenty zdemontowane z innych pojazdów, ale zachowujące odpowiednią jakość i funkcjonalność, umożliwiającą ich ponowne zastosowanie przy naprawie innych pojazdów.
5. **Kluczyk** – kluczyk, sterownik lub inne urządzenie służące do otwarcia lub uruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu.
6. **Kradzież**:
 - 1) kradzież z włamaniem określona w art. 279 kodeksu karnego;
 - 2) kradzież pojazdu określona w art. 278 kodeksu karnego, jego części lub wyposażenia;
 - 3) kradzież szczególnie zuchwała określona w art. 278 a kodeksu karnego;
 - 4) kradzież z użyciem przemocy wobec osoby lub groźby jej natychmiastowego użycia albo doprowadzenie do stanu nieprzytomności lub bezbronności osoby uprawnionej do korzystania z przedmiotu ubezpieczenia określona w art. 280 kodeksu karnego.
7. **Miejsce Strzeżone**:
 - 1) garaż zamknięty na co najmniej jeden zamek atestowany, kłódkę atestowaną lub automatyczną bramę garażową zdalnie sterowaną;
 - 2) teren trwale ogrodzony należący do zamieszkałej posesji, przy czym brama musi być zamykana na co najmniej jeden zamek atestowany, kłódkę atestowaną lub bramę zdalnie sterowaną;
 - 3) miejsce będące pod stałym dozorem osób zawodowo zajmujących się ochroną mienia (za który nie uważa się monitoringu – nawet statego – bez fizycznego dozoru osób).
8. **Oferta** – złożona Ubezpieczającemu przez Allianz oferta, i przez Ubezpieczającego przyjęta, zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
9. **Okres Eksploatacji Pojazdu** – okres liczony od daty pierwszej rejestracji Ubezpieczonego Pojazdu do dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub wystąpienia Szkody, przy czym:
 - 1) jeżeli data pierwszej rejestracji nie jest znana lub pierwsza rejestracja pojazdu nastąpiła po roku, w którym wyprodukowano pojazd, to Okres Eksploatacji Pojazdu liczony jest od dnia 31 grudnia roku produkcji pojazdu;
 - 2) jeżeli pojazd został sprowadzony z zagranicy, to za początek Okresu Eksploatacji Pojazdu uznaje się datę pierwszej rejestracji za granicą;
 - 3) dla celów ustalenia wysokości odszkodowania Okres Eksploatacji Pojazdu liczony jest do dnia wystąpienia Szkody.
10. **Okres Ubezpieczenia** – wskazany we Wniosku lub w Ofercie i, po zawarciu Umowy Ubezpieczenia, potwierdzony w polisie okres, w jakim Allianz udziela ochrony ubezpieczeniowej.
11. **Pojazd Fabrycznie Nowy** – pojazd, który spełnia następujące warunki:
 - 1) przebieg pojazdu w chwili zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie przekroczył 5000 km;
 - 2) jego właścicielem w chwili zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest jego pierwszy nabywca;
 - 3) pojazd ten do chwili zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie uległ uszkodzeniu.
12. **Przywłaszczenie** – zdarzenie opisane w art. 284 kodeksu karnego jako przywłaszczenie sobie cudzej lub powierzonej rzeczy ruchomej.

13. **Stan Pod Wpływem Alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia 0,2 promila alkoholu lub więcej, lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydechanego powietrza wynosi lub prowadzi do stężenia 0,1 mg lub więcej.
14. **Stan Pod Wpływem Środków Narkotycznych** – stan po użyciu środków odurzających lub po użyciu substancji psychotropowych lub po użyciu środków zastępczych lub po użyciu nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
15. **Suma Ubezpieczenia** – wskazana we Wniosku lub w Ofercie kwota pieniężna, po zawarciu Umowy Ubezpieczenia potwierdzona przez Allianz w polisie. Suma Ubezpieczenia to maksymalna kwota, do której Allianz odpowiada w ramach Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczający może zadeklarować Sumę Ubezpieczenia w wartości brutto (z uwzględnieniem podatku VAT), netto (bez uwzględnienia podatku VAT) lub netto 50% (z uwzględnieniem 50% podatku vat) jeżeli Ubezpieczonemu przysługuje prawo do odliczenia w całości lub części podatek VAT naliczony przy nabyciu pojazdu.
16. **Systemy Ekspertkie** – systemy informatyczne służące do kalkulacji kosztów naprawy i wyceny wartości pojazdów, w tym wyceny wartości pojazdów w stanie uszkodzonym, Audatex, Eurotax, Info-Ekspert, DAT, GTMotive. Nazwa Systemu Ekspertkiego mającego zastosowanie do danej Umowy Ubezpieczenia podana jest we Wniosku lub w Ofercie i potwierdzona w polisie.
17. **Szkoda** – uszkodzenie, zniszczenie, utrata Ubezpieczonego Pojazdu lub Wyposażenia powstałe bezpośrednio wskutek jednego ze zdarzeń, które wystąpiło w Okresie Ubezpieczenia o tym samym charakterze, zaistniałych w tym samym czasie, miejscu i z tej samej przyczyny, określonych w § 4 ust. 1.
18. **Szkoda Całkowita** – szkoda, której koszty naprawy przekraczają 70% Wartości Rynkowej z chwili zaistnienia szkody ustalonej dla nieuszkodzonego Ubezpieczonego Pojazdu wraz z jego Wyposażeniem.
 - 1) Koszty te liczone są w Systemach Ekspertkich według tych samych zasad, którymi Allianz posługuje się przy ustalaniu wysokości odszkodowania w przypadku Szkody Częściowej dla wariantu wybranego przez Ubezpieczającego przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia (wtedy obowiązują maksymalne stawki robocizny i ceny części zamiennych, które są dostępne dla tego wariantu)
 - 2) Jeżeli szkoda zostanie zakwalifikowana jako całkowita to jej kwalifikacja nie ulega zmianie w przypadku zmiany miejsca naprawy Ubezpieczonego Pojazdu.
- 3) W uzgodnieniu z Ubezpieczonym Szkoda Częściowa może zostać rozliczona na zasadach likwidacji Szkody Całkowitej.
19. **Szkoda Częściowa** – szkoda niebędąca Szkodą Całkowitą lub Kradzieżą.
20. **Szkoda Eksploatacyjna** – szkoda powstała w wyniku zużycia Ubezpieczonego Pojazdu, jego części lub Wyposażenia wskutek jego użytkowania zgodnie z przeznaczeniem albo z powodu zawilgocenia jego części lub Wyposażenia.
21. **Ubezpieczający** – osoba zawierająca Umowę Ubezpieczenia z Allianz.
22. **Ubezpieczony** – właściciel Ubezpieczonego Pojazdu, na rzecz którego zawarto Umowę Ubezpieczenia.
23. **Ubezpieczony Pojazd** – pojazd, wskazany we Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – potwierdzona w polisie, wyrażona kwotowo lub procentowo wartość szkody w Ubezpieczonym Pojeździe, nieobjęta udzielaną przez Allianz ochroną ubezpieczeniową. Ustalona według zasad wskazanych w niniejszych OWU wartość Szkody jest pomniejszana o wartość Udziału Własnego, ustalonego zgodnie z § 9 ust. 12 dla ustalenia należnego Ubezpieczonemu od Allianz odszkodowania. Udział Własny odnosi się oddzielnie do każdego zdarzenia objętego udzielaną przez Allianz ochroną ubezpieczeniową.
25. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU i złożonego przez Ubezpieczającego Wniosku lub złożonej przez Allianz Oferty.
26. **Warsztat Partnerski** – widniejący na liście zamieszczonej na stronie www.allianz.pl oraz dostępnej w placówkach Allianz warsztat, który współpracuje z Allianz w zakresie napraw pojazdów i świadczy usługę pojazdu zastępczego.
27. **Wartość Rynkowa** – wartość Ubezpieczonego Pojazdu, ustalona na podstawie notowań rynkowych pojazdu danej marki, typu i roku produkcji w Systemie Ekspertkim, z uwzględnieniem przewidzianych w nim korekt, w szczególności związanych z: wyposażeniem pojazdu, przebiegiem, stanem technicznym, Okresem Eksploatacji Pojazdu, wcześniejszymi naprawami, liczbą właścicieli, sposobem jego uprzedniego użytkowania. Wartość Rynkowa brutto uwzględnia podatek VAT, Wartość Rynkowa netto + 50% VAT – zawiera 50% podatku VAT, zaś Wartość

Rynkowa pojazdu netto nie uwzględnia podatku VAT. W przypadku Pojazdu Fabrycznie Nowego, nabytego na terytorium Polski, przyjmuje się, iż przez okres dwunastu miesięcy od daty wystawienia faktury nabycia tego pojazdu za Wartość Rynkową uznawać się będzie kwotę wynikającą z takiej faktury. Powyższe postanowienie nie ma zastosowania w celu ustalenia, czy zachodzi przypadek Szkody Catkowitz zgodnie z § 1 ust. 17 OWU.

28. **Wartość Pozostałości** – wartość Ubezpieczonego Pojazdu w stanie uszkodzonym, wyliczana w Systemie Eksperckim. Allianz może ustalić wartość pozostałości na podstawie najwyższej oferty zakupu uzyskanej podczas przeprowadzonej przez Allianz za zgodą Ubezpieczonego aukcji internetowej, wskazując Ubezpieczonemu ofertę nabycia pozostałości.
29. **Wniosek** – sporządzony na formularzu udostępnionym przez Allianz wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, złożony następnie przez Ubezpieczającego.
30. **Wypadek** – wypadek drogowy lub kolizja drogowa przy udziale Ubezpieczonego Pojazdu i innego pojazdu lub uczestników ruchu drogowego lub zdarzenie powstałe wskutek nagłego działania siły mechanicznej w momencie zetknięcia się Ubezpieczonego Pojazdu z innym pojazdem, osobą, przedmiotem lub zwierzęciem, pochodzącymi z zewnątrz Ubezpieczonego Pojazdu, zaistniałe w tym samym czasie, miejscu i z tej samej przyczyny.
31. **Wyposażenie** – sprzęt i urządzenia służące do utrzymania lub użytkowania Ubezpieczonego Pojazdu zgodnie z jego przeznaczeniem lub służące bezpieczeństwu jazdy Ubezpieczonym Pojazdem lub zabezpieczeniu go przed Kradzieżą, będące własnością Ubezpieczonego. Wyposażeniem jest również powłoka ceramiczna oraz okleina reklamowa, w przypadku, której w procesie likwidacji szkody nie uwzględniamy amortyzacji.
32. **Zabezpieczenia Przeciwkradzieżowe** – mechaniczny lub elektroniczny system zabezpieczenia przeciwkradzieżowego w Ubezpieczonym Pojeździe, który jest trwale zamontowany w procesie produkcji Ubezpieczonego Pojazdu lub urządzenie homologowane zgodnie z przepisami obowiązującymi w kraju produkcji danego urządzenia przez podmiot posiadający autoryzację (licencję) producenta danego urządzenia do jego montażu. Zabezpieczenia przeciwkradzieżowe mogą być wymagane przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia.

Przez skrócone nazwy poniższych ustaw do których odwołują się niniejsze OWU należy rozumieć:

1. kodeks karny – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny,
2. prawo o ruchu drogowym – Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym,
3. ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii – Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
4. ustawa o przewozie towarów niebezpiecznych – Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych,
5. ustawa o prawach konsumenta – Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta,
6. ustawa prawo pocztowe – ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe,
7. ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym – Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej.

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

1. Przedmiotem objętym ochroną ubezpieczeniową są pojazdy wraz z ich Wyposażeniem, zarejestrowane w Polsce lub podlegające rejestracji w Polsce, stosownie do prawa o ruchu drogowym.
2. Wyposażenie niewskazane we Wniosku lub w Ofercie nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową udzielaną przez Allianz na podstawie Umowy Ubezpieczenia, z wyjątkiem Wyposażenia wymienionego na fakturze zakupu Pojazdu Fabrycznie Nowego (lub specyfikacji do niej), wydanej przez autoryzowanego dealera zajmującego się sprzedażą danej marki pojazdu, jeżeli przedmiotowe Wyposażenie zostało wliczone do kwoty określającej cenę nabycia Ubezpieczonego Pojazdu, a cena ta stała się podstawą Sumy Ubezpieczenia.
3. Wyposażenie pojazdu jest objęte ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem, że jest zamontowane w Ubezpieczonym Pojeździe na stałe. Zamontowanie na stałe nie jest wymagane w odniesieniu do gaśnicy, apteczki, trójkąta ostrzegawczego oraz fotelika do przewozu dzieci.
4. W przypadku pojazdów elektrycznych za wyposażenie uznajemy też wallbox (urządzenie przeznaczone do ładowania pojazdów elektrycznych), oraz kabel do ładowania pojazdów elektrycznych. W przypadku wallbox i kabla nie ma obowiązku wskazywania ich we Wniosku lub w Ofercie. W razie szkody konieczne jest udokumentowanie zakupu ww. elementów.
5. Ochroną ubezpieczeniową nie mogą być objęte pojazdy używane:

- 1) jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą;
 - 2) do jazd próbnych i demonstracyjnych;
 - 3) do przewozu przesyłek kurierskich;
 - 4) do nauki jazdy;
 - 5) do wynajęcia (w tym pojazdy wynajmowane zarobkowo przez podmioty prowadzące wypożyczalnie pojazdów) oraz pojazdy udostępniane jako zastępcze w oparciu o inny stosunek prawny niż umowa najmu;
 - 6) jako rekwizyty;
 - 7) do transportu towarów niebezpiecznych o których mowa w ustawie o przewozie towarów niebezpiecznych.
6. Za zgodą Allianz i po opłaceniu dodatkowej składki ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęte pojazdy, o których mowa w ust. 5 pkt. 1-4. W zakresie pojazdów używanych do wynajęcia, o których mowa w ust. 5 pkt. 5, zgoda Allianz może dotyczyć wyłącznie pojazdów, które zostały wynajęte i używane na terenie Polski lub nie dłużej niż 14 dni poza Polską w Okresie Ubezpieczenia.

§ 4. Zakres ubezpieczenia

1. W ramach Umowy Ubezpieczenia, ochroną ubezpieczeniową udzielaną przez Allianz są objęte Szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu, utracie Ubezpieczonego Pojazdu lub jego Wyposażenia, zaistniałe w Okresie Ubezpieczenia, wskutek następujących zdarzeń:
 - 1) Wypadku;
 - 2) uszkodzenia przez osoby inne niż Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia na rachunek osoby trzeciej – uszkodzenia przez osoby inne niż Ubezpieczony;
 - 3) Kradzieży;
 - 4) pożaru, wybuchu, osmalenia;
 - 5) huraganu, gradu, uderzenia pioruna, powodzi, osuwania się lub zapadania ziemi, lawiny lub innych sił przyrody (w tym działania zwierząt innych niż spełniających definicję Wypadku);
 - 6) nagłego działania czynnika termicznego lub chemicznego pochodzącego z zewnątrz lub wewnątrz Ubezpieczonego Pojazdu;
 - 7) utraty bądź zniszczenia Kluczyków;
 - 8) uszkodzenia wnętrza Ubezpieczonego Pojazdu przez osobę, której przewóz wymagany był potrzebą udzielenia jej pomocy medycznej;
 - 9) przypadkowego uszkodzenia wpływającego na prawidłową funkcjonalność wallbox
 - oraz kabla do ładowania pojazdów elektrycznych;
 - 10) zassania wody przez silnik pojazdu, pod warunkiem, że szkoda powstała wskutek wjechania pojazdu w kałużę spowodowaną deszczem nawalnym dla pojazdów nie starszych niż 3 lata
2. W przypadku zaistnienia Szkody Częściowej zakres odpowiedzialności Allianz zależy od wybranego przez Ubezpieczającego we Wniosku lub wskazanego przez Allianz w Ofercie wariantu ubezpieczenia, spośród jednego z następujących:
- 1) wariant serwisowy
 - 2) wariant Ekonomiczny
 - 3) wariant Warsztat Partnerski
3. Warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest zabezpieczenie pojazdu według wymagań wskazanych Ubezpieczającemu przed jej zawarciem.
4. Ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia zaistniałe na terytorium Polski lub następujących krajów:
- 1) basenu Morza Śródziemnego (oprócz Algierii, Libii);
 - 2) europejskich, z tym że na terytorium Białorusi, Ukrainy, Mołdawii i europejskim terenie Rosji ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody powstałe wskutek Kradzieży, bez względu na wariant, w jakim zawarto Umowę Ubezpieczenia, jeżeli we Wniosku lub w Ofercie nie wskazano inaczej i nie potwierdzono tego w polisie.
5. Dla wybranego segmentu pojazdów zakres ubezpieczenia może być ograniczony wyłącznie na terytorium Polski, co potwierdzamy w polisie.

§ 5. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Zakres odpowiedzialności Allianz nie obejmuje Szkód:
 - 1) wyrządzonych umyślnie przez Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek – wyrządzonych umyślnie przez Ubezpieczonego; wyrządzonych wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek – wyrządzonych wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczonego, chyba że zapłata odszkodowania lub spełnienie świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
 - 2) wyrządzonych umyślnie przez osobę, z którą Ubezpieczający pozostaje w wspólnym

- gospodarstwie domowym, a w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek – wyrządzonych umyślnie przez osobę z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 3) spowodowanych:
- a) na skutek prowadzenia Ubezpieczonego Pojazdu w Stanie Pod Wpływem Alkoholu lub pozostawiania w Stanie Pod Wpływem Środków Narkotycznych; Allianz nie stosuje tego wyłączenia, jeżeli pozostawienie w tym stanie nie spowodowało szkody lub zdarzenia;
 - b) na skutek nieposiadania przez osobę kierującą Ubezpieczonym Pojazdem, w chwili wypadku, wymaganych prawem kraju, na terenie którego doszło do Wypadku, uprawnień do kierowania Ubezpieczonym Pojazdem lub na skutek zatrzymania dokumentów wymaganych przy prowadzeniu Ubezpieczonego Pojazdu; powyższych postanowień nie stosuje się w sytuacji, gdy kierujący prowadzi Ubezpieczony Pojazd przeznaczony do nauki jazdy w ramach kursu przygotowującego do egzaminu na prawo jazdy lub lekcji doszkalających przed tym egzaminem, a Ubezpieczony Pojazd został zgłoszony Allianz do ubezpieczenia zgodnie z charakterem jego użytkowania i w trybie § 3 ust. 5;
- 4) powstałych podczas kierowania Ubezpieczonym Pojazdem, który nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli stan techniczny Ubezpieczonego Pojazdu spowodował powstanie Szkody lub zwiększenia jej rozmiaru;
- 5) powstałych wskutek używania Ubezpieczonego Pojazdu przez Ubezpieczonego, Użytkownika Ubezpieczonego Pojazdu, osobę która Ubezpieczony lub użytkownik ubezpieczonego pojazdu upoważnił do kierowania nim, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, jako narzędzia przestępstwa, Czyn ten nie musi być przestępstwem według prawa miejsca zdarzenia. To oznacza, że którekolwiek z tych osób posłużyła się ubezpieczonym pojazdem:
- a) w celu popełnienia przestępstwa umyślnego
 - b) podczas użycia ubezpieczonego pojazdu do ucieczki przed zatrzymaniem przez uprawnione organy, jeżeli nie spowodowało to powstania szkody, nie stosujemy tego wyłączenia;
- 6) powstałych w Ubezpieczonym Pojeździe wskutek używania go (o ile nie zostały przyjęte do ubezpieczenia zgodnie z § 3 ust. 5):
- a) jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą;
 - b) do jazd próbnych i demonstracyjnych;
 - c) do przewozu przesyłek kurierskich;
 - d) do nauki jazdy;
 - e) do wynajęcia;
 - f) jako rekwizyty w przedstawieniu teatralnym, w programie telewizyjnym, filmie lub imprezach plenerowych;
 - g) do transportu towarów niebezpiecznych o których mowa w ustawie o przewozie towarów niebezpiecznych.
- 7) spowodowanych wydarzeniami wojennymi lub zamieszkami,
- 8) wskutek użycia Ubezpieczonego Pojazdu do blokad dróg lub akcji protestacyjnych;
- 9) spowodowanych trzęsieniem ziemi;
- 10) spowodowanych aktami terroru;
- 11) powstałych wskutek użycia Ubezpieczonego Pojazdu do obowiązkowych świadczeń na rzecz wojska i policji;
- 12) powstałych wskutek udziału Ubezpieczonym Pojazdem w wyścigach pojazdów, również mających charakter spontaniczny, nieorganizowany, konkursach, rajdach, treningach;
- 13) powstałych wskutek używania Ubezpieczonego Pojazdu do jazd próbnych do wyścigów, lub poruszania się po torze wyścigowym, lub prób szybkościowych;
- 14) Eksploatacyjnych;
- 15) powstałych wskutek wykonywania napraw, konserwacji Ubezpieczonego Pojazdu, niewłaściwego załadunku Ubezpieczonego Pojazdu, wyładunku pojazdu, transportowania ładunku w pojeździe lub bagażu, wykorzystywania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem;
- 16) powstałych w wyniku wad fabrycznych polegających na wadliwości surowca lub defektach produkcyjnych
- 17) powstałych wskutek montażu lub demontażu Wyposażenia;
- 18) powstałych wskutek otwarcia pokrywy silnika Ubezpieczonego Pojazdu w trakcie jazdy;
- 19) polegających na uszkodzeniu silnika w Ubezpieczonym Pojeździe wskutek zassania wody z wyłączeniem sytuacji o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 10;
- 20) polegających na zatarciu silnika w Ubezpieczonym Pojeździe i jego osprzętu lub innych zespołów, w tym skrzyni biegów;

- 21) polegających na przegrzaniu silnika w Ubezpieczonym Pojeździe lub innych zespołów, w tym skrzyni biegów;
 - 22) w Ubezpieczonym Pojeździe, jeżeli przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia jego ówczesny właściciel został bez swojej zgody pozbawiony władztwa nad nim, a do dnia powstania Szkody nie upłynął okres po upływie którego Ubezpieczony nabył Ubezpieczony Pojazd na zasadzie dobrej wiary, z wyjątkiem przypadków, gdy przejście własności Ubezpiezonego Pojazdu następuje na rzecz pożyczkobiorcy, leasingobiorcy lub kredytobiorcy (któremu oddano Ubezpieczony Pojazd do używania) w ramach umowy pożyczki, leasingu lub kredytu, jeśli leasingobiorca lub kredytobiorca zawarł Umowę Ubezpieczenia na rachunek właściciela;
 - 23) powstałych wskutek Przywłaszczenia Ubezpiezonego Pojazdu lub polegające na jego Kradzieży zaistniałej w okresie tego Przywłaszczenia;
 - 24) wskutek odmowy zwrotu Ubezpiezonego Pojazdu jego właścicielowi przez osobę z niego korzystającą na podstawie umowy zawartej z właścicielem Ubezpiezonego Pojazdu – w trakcie trwania tej umowy lub po jej rozwiązaniu lub wygaśnięciu.
 - 25) powstałych wskutek Kradzieży Ubezpiezonego Pojazdu w następujących okolicznościach:
 - a) wskutek opuszczenia Ubezpiezonego Pojazdu przez osobę nim kierującą, pozostawiając wewnątrz niego Kluczyk bez jego zabezpieczenia przed możliwością uruchomienia Ubezpiezonego Pojazdu przez osobę nieuprawnioną do korzystania z niego;
 - b) wskutek zaginięcia Kluczyka w Okresie Ubezpieczenia pozostawionego lub przechowywanego w miejscu, w którym mają do niego dostęp osoby nieupoważnione przez Ubezpiezonego do korzystania z Ubezpiezonego Pojazdu, z wyłączeniem Kradzieży o której mowa w § 2 ust. 6 pkt 4;
 - c) wskutek Kradzieży w Okresie Ubezpieczenia, Ubezpieczonemu lub osobie przez niego upoważnionej do korzystania z Ubezpiezonego Pojazdu, Kluczyka, jeżeli Kluczyk ten nie został wymieniony na nowy w ciągu 48 godzin od momentu Kradzieży, z wyłączeniem Kradzieży o której mowa w § 2 ust. 6 pkt 4;
 - d) wskutek braku uruchomienia (włączenia) w Ubezpieczonym Pojeździe przez osobę z niego korzystającą któregośkolwiek z Zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, z wyłączeniem Kradzieży o której mowa w § 2 ust. 6 pkt 1 i 4.
- W zakresie punktów a) do c) o których mowa powyżej, Allianz nie stosuje tych wyłączeń o ile nie miało to wpływu na powstanie szkody. Nie stosujemy tych wyłączeń, gdy kluczyki lub sterowniki zostały utracone na skutek rozboju.
- 26) powstałych w Wyposażeniu nie wskazanym we Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – potwierdzonym w polisie.
2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje uszkodzenia lub zniszczenia ogumienia Ubezpiezonego Pojazdu, chyba że ogumienie zostało uszkodzone lub zniszczone jednocześnie z innymi częściami Ubezpiezonego Pojazdu wskutek zdarzenia, za które Allianz ponosi odpowiedzialność, o którym mowa w § 4 ust. 1 niniejszych OWU.
 3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje uszkodzeń estetycznych nie powodujących ograniczenia lub utraty funkcjonalności mechanicznych elementów pojazdu.
 4. Ponadto Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem postanowień § 6 ust. 9 i 10 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ww. postanowień doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek ubezpieczeniowy przewidziany Umową Ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 6. Umowa ubezpieczenia

1. Umowę Ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku, jeżeli we Wniosku lub w Ofercie nie wskazano inaczej i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – nie potwierdzono tego w polisie.
2. Przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający podaje we Wniosku proponowaną Sumę Ubezpieczenia dla Ubezpiezonego Pojazdu. Zadeklarowana przez Ubezpieczającego Suma Ubezpieczenia powinna odpowiadać Wartości Rynkowej pojazdu przedstawianego do ubezpieczenia. W oparciu o informacje wynikające z Systemu Eksperckiego Allianz weryfikuje wysokość wskazanej przez Ubezpieczającego Sumy Ubezpieczenia. W przypadku braku informacji

- w Systemie Eksperckim o Wartości Rynkowej danego pojazdu lub w razie zakwestionowania przez Ubezpieczającego Wartości Rynkowej pojazdu wynikającej z Systemu Eksperckiego, zawarcie Umowy Ubezpieczenia zależy od przedstawienia Allianz przez Ubezpieczającego (na swój koszt) wyceny Wartości Rynkowej ubezpieczonego pojazdu sporządzonej przez certyfikowanego rzeczoznawcę.
3. Przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia Allianz ma prawo, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, sprawdzić cechy identyfikacyjne i stan techniczny pojazdu przedstawianego do ubezpieczenia lub jego Wyposażenia, sprawdzić tytuł własności tego pojazdu. Ubezpieczający zobowiązany jest do udostępnienia pojazdu i dokumentów dotyczących pochodzenia, nabycia, stanu technicznego tego pojazdu oraz dokumentów potwierdzających uiszczenie należności podatkowych.
 4. Po przeprowadzeniu indywidualnej oceny ryzyka, Allianz ma prawo uzależnić zawarcie Umowy Ubezpieczenia od wprowadzenia dodatkowego obowiązku Udziatu Własnego.
 5. Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na podstawie Wniosku złożonego przez Ubezpieczającego u przedstawiciela Allianz. Umowa Ubezpieczenia może być również zawarta poprzez przyjęcie przez Ubezpieczającego warunków Oferty złożonej przez Allianz.
 6. Allianz potwierdza zawarcie Umowy Ubezpieczenia wystawioną przez siebie polisą.
 7. Ubezpieczający dokonuje we Wniosku wyboru wariantu ubezpieczenia (spośród wymienionych w § 4 ust. 2) na wypadek wystąpienia Szkody Częściowej albo Allianz proponuje Ubezpieczającemu w Ofercie jeden z tych wariantów. Po zawarciu Umowy Ubezpieczenia Allianz potwierdza obowiązujący dla Umowy Ubezpieczenia wariant w treści polisy.
 8. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz zapytywał w formularzu Wniosku albo przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę Ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Allianz Umowy Ubezpieczenia, mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
 9. Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać Allianz o zmianie okoliczności wymienionych w ust. 9, niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 14 dni, po otrzymaniu o nich wiadomości.

W razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek określony w zdaniu poprzedzającym spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek.

10. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia objętego ochroną na podstawie Umowy Ubezpieczenia, każda ze stron Umowy Ubezpieczenia może zażądać zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku Okresu Ubezpieczenia. W razie zgłoszenia zdania, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.
11. Jeżeli Ubezpieczający nie zadeklarował inaczej we Wniosku lub Allianz nie wskazał inaczej w Ofercie, a – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – nie potwierdzono tego w treści polisy, to Suma Ubezpieczenia Ubezpieczonego Pojazdu zmniejsza się o kwotę wypłaconego przez Allianz odszkodowania (odszkodowań) – zastosowanie ma tzw. redukcja Sumy Ubezpieczenia.
12. Zwiększenie lub uzupełnienie Sumy Ubezpieczenia pomniejszonej o kwotę wypłaconego przez Allianz odszkodowania (odszkodowań) o ile umowa ubezpieczenia zawierała tzw. redukcję sumy ubezpieczenia lub objęcie ochroną ubezpieczeniową Wyposażenia dotychczas nią nieobjętego następuje na podstawie dodatkowego wniosku Ubezpieczającego i za zgodą Allianz,
13. Na podstawie niniejszych OWU Allianz oraz Ubezpieczający uprawnieni są, za obopólną zgodą, do zawarcia Umowy Ubezpieczenia na kolejny Okres Ubezpieczenia.

§ 7. Składka

1. Składkę należną Allianz z tytułu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ustala się według taryfy obowiązującej w dniu kalkulacji składki za Umowy Ubezpieczenia. Wysokość składki zależy od oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym od Wartości Rynkowej Ubezpieczonego Pojazdu, Sumy Ubezpieczenia, rodzaju, marki, modelu i przeznaczenia Ubezpieczonego Pojazdu, okresu jego eksploatacji, strefy regionalnej, zakresu, wariantu, liczby pojazdów posiadanych przez posiadacza Ubezpieczonego Pojazdu, wieku posiadacza pojazdu, okresu jego bezszkodowej jazdy, zaistniałych szkód, sposobu

- zapłaty składki oraz zniżek przyznawanych przez Allianz w danym okresie oraz inne czynniki konieczne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Taryfa składek uwzględnia spadek Wartości Rynkowej Ubezpieczonego Pojazdu następujący wraz z upływem czasu.
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Allianz wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
 3. Przy rocznym Okresie Ubezpieczenia dopuszcza się możliwość jednorazowej opłaty składki lub w ratach, przy czym terminy rat oraz ich wysokość określa się we Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – potwierdza w polisie.
 4. Składka lub rata składki jest płatna gotówką, przelewem bankowym, przekazem pocztowym lub kartą płatniczą. Za datę wpłaty przyjmujemy datę zlecenia przelewu w banku, nadania przekazu, płatności kartą lub zapłacenia składki naszemu agentowi uprawnionemu przez nas do pobierania składki. Za datę opłacenia składki lub raty składki uznajemy dzień, w którym na nasz rachunek wpłynęła pełna kwota wymaganej składki lub jej raty.
 5. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu Ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
 6. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego obowiązek wypłaty przez Allianz odszkodowania wyczerpującego Sumę Ubezpieczenia, pozostała do zapłaty składka ubezpieczeniowa staje się wymagalna. Allianz może potrącić pozostałą do zapłaty składkę ubezpieczeniową z kwoty należnego odszkodowania, o ile Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym.

§ 8. Początek i koniec odpowiedzialności Allianz

1. Odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu Umowy Ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu całości składki lub jej pierwszej raty, o ile inaczej nie wskazano we Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – nie potwierdzono tego w polisie.
2. Jeżeli Allianz ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Allianz może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku

braku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, na który przypada data niezapłacona składka.

3. W razie opłacenia składki w ratach, nieopłacenie kolejnej raty składki w terminie określonym we Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – potwierdzonym w polisie spowoduje ustanie odpowiedzialności Allianz, jeśli po upływie terminu zapłaty Allianz wezwał Ubezpieczającego do zapłaty raty składki, informując w wezwaniu o skutkach braku płatności (ustanie odpowiedzialności Allianz), o ile zapłata nie zostanie dokonana w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania.
4. Za zapłatę składki lub raty składki uważa się zapłatę pełnej kwoty określonej w złożonym Wniosku lub w Ofercie i – po zawarciu Umowy Ubezpieczenia – wskazanej w polisie.
5. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z upływem ostatniego dnia Okresu Ubezpieczenia, na jaki Umowa Ubezpieczenia była zawarta;
 - 2) z chwilą wypłaty odszkodowania za szkodę będącą skutkiem całkowitej szkody Ubezpieczonego Pojazdu lub Kradzieży (z wyłączeniem zaboru Ubezpieczonego Pojazdu w celu krótkotrwałego użycia określonego w art. 289 kodeksu karnego);
 - 3) po wyczerpaniu Sumy Ubezpieczenia wskutek wypłaty przez Allianz odszkodowania lub odszkodowań;
 - 4) z dniem zbycia Ubezpieczonego Pojazdu, z wyjątkiem przypadków, gdy przejście własności Ubezpieczonego Pojazdu następuje na rzecz pożyczkobiorcy, leasingobiorcy lub kredytobiorcy (któremu oddano przewłaszczony Ubezpieczony Pojazd do używania) w ramach umowy pożyczki, leasingu lub umowy kredytu, jeśli leasingobiorca lub kredytobiorca zawierał daną Umowę Ubezpieczenia na rachunek właściciela;
 - 5) z dniem odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia zgodnie z ust. 6-7;
 - 6) z dniem wyrejestrowania Ubezpieczonego Pojazdu lub jego demontażu;
 - 7) z dniem rejestracji Ubezpieczonego Pojazdu za granicą.
6. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 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.
7. W przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia 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 potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia zostało wysłane.
8. Allianz ma prawo do wypowiedzenia zawartej na czas określony Umowy Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w razie zaistnienia co najmniej jednego z następujących ważnych powodów:
- 1) jeśli na wezwanie Allianz, wystosowane nie później niż w terminie 14 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający lub (w przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek) Ubezpieczony, nie prześle do Allianz (w terminie 14 dni od otrzymania wezwania), zdjęć Ubezpieczonego Pojazdu ukazujących Ubezpieczonego Pojazd z wskazanych w tym wezwaniu perspektyw i we wskazanej rozdzielczości, lub
 - 2) Ubezpieczający lub (w przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek) Ubezpieczony, odmówi przedstawicielowi Allianz przeprowadzenia oględzin Ubezpieczonego Pojazdu,
 - 3) jeśli na wezwanie Allianz, Ubezpieczający lub (w przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek) Ubezpieczony, nie umożliwi Allianz – we wskazanym przez siebie miejscu swojego zamieszkania lub w placówce przedstawiciela Allianz – przeprowadzenia oględzin Ubezpieczonego Pojazdu, w terminie 21 dni od otrzymania wezwania, lub
 - 4) jeśli przeprowadzone przez Allianz oględziny Ubezpieczonego Pojazdu wykazały, że Ubezpieczony Pojazd:
 - a) miał uszkodzenia nie zgłoszone we Wniosku lub
 - b) nie posiada Zabezpieczeń Przeciwkradzieżowych wskazanych we Wniosku lub o których Ubezpieczający poinformował Allianz w trybie wskazanym w § 10 ust. 5 niniejszych OWU, o ile były wymagane przez Allianz przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia lub
 - c) ma uszkodzone lub niesprawne Zabezpieczenia Przeciwkradzieżowe, wskazane we Wniosku lub o których Ubezpieczający poinformował Allianz w trybie wskazanym w § 10 ust. 5 niniejszych OWU, o ile były wymagane przez Allianz przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia; lub
 - 5) nie doszło do umówienia terminu przeprowadzenia oględzin Ubezpieczonego Pojazdu pomimo podjęcia z Ubezpieczającym lub (w przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek) z Ubezpieczonym trzykrotnej próby kontaktu, lub
 - 6) po zawarciu Umowy Ubezpieczenia wyjdą na jaw rozbieżności pomiędzy oświadczeniami Ubezpieczającego zawartymi we Wniosku a stanem faktycznym, niezależnie od tego, czy mają one wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego Umową Ubezpieczenia; lub
 - 7) Ubezpieczający lub (w przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek) Ubezpieczony podejmie próbę celowego wyłudzenia świadczenia ubezpieczeniowego od Allianz; lub
 - 8) zmiany sposobu użytkowania Ubezpieczonego Pojazdu, na sposób określony w § 3 ust. 5 bez uzyskania zgody Allianz na kontynuowanie ochrony ubezpieczeniowej.

§ 9. Zasady ustalania i wypłaty odszkodowań

Zasady ustalania i wypłaty odszkodowań w przypadku Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu lub Wyposażenia.

1. W przypadku Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu (lub Wyposażenia) obowiązują następujące zasady:
 - 1) odszkodowanie jest należne w kwocie równej Wartości Rynkowej Ubezpieczonego Pojazdu z dnia powstania Szkody, nie wyższej od Sumy Ubezpieczenia, z zachowaniem warunków określonych w ust. 12;
 - 2) jeżeli Ubezpieczający określił Sumę Ubezpieczenia opierając się na Wartości Rynkowej:
 - a) brutto, wówczas odszkodowanie wypłacane jest w kwocie brutto uwzględniającej podatek VAT,
 - b) netto + 50 % VAT, wówczas odszkodowanie wypłacane jest w kwocie netto

- poniższej o możliwy do odliczenia 50% VAT,
- c) netto, odszkodowanie wypłacane jest w kwocie netto, tj. poniższej o możliwy do odliczenia podatek VAT.
- 3) w przypadku wypłaty odszkodowania na żądanie Allianz Ubezpieczony zobowiązany jest przenieść na rzecz Allianz własność Ubezpieczonego Pojazdu po jego wyrejestrowaniu. Wraz z umową przenoszącą prawo własności Ubezpieczony powinien wydać Allianz posiadane przez siebie:
- a) oryginał lub wórnik: dowodu rejestracyjnego i karty pojazdu (o ile była wydana oraz o ile nie zostały zatrzymane przez organy rejestrujące Ubezpieczony Pojazd);
 - b) dowód własności Ubezpieczonego Pojazdu;
 - c) dokumenty, które potwierdzają pochodzenie Ubezpieczonego Pojazdu i pozwalają go zidentyfikować;
 - d) wszystkie oryginalne i dorabiane komplety Kluczyków oraz wszystkie urządzenia służące do uruchomienia zamontowanych w nim Zabezpieczeń Przeciwnkradzieżowych w liczbie nie mniejszej niż podana we Wniosku lub wskazana w Ofercie (o ile Ubezpieczający nie zgłosił zagubienia Kluczyków zgodnie z § 10 ust. 4).
- 4) jeśli skradziony Ubezpieczony Pojazd został odzyskany po dokonaniu przez Allianz wypłaty odszkodowania, Allianz może przenieść prawo własności do niego z powrotem na jego właściciela na warunkach uzgodnionych wzajemnie, po zwrocie wypłaconego wcześniej odszkodowania. Jeżeli własność pojazdu nie została przeniesiona na Allianz, wypłacone odszkodowanie podlega zwrotowi w całości (o ile Ubezpieczony Pojazd nie został uszkodzony) albo w części (gdy nastąpiło uszkodzenie Ubezpieczonego Pojazdu, za które Allianz jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania).

Zasady ustalania i wypłaty odszkodowań w przypadku Szkody Całkowitej

2. W przypadku Szkody Całkowitej obowiązują następujące zasady:
- 1) odszkodowanie jest należne w kwocie równej Wartości Rynkowej nieuszkodzonego pojazdu, nie wyższej od Sumy Ubezpieczenia, aktualnej na dzień powstania Szkody, pomniejszonej o Wartość Pozostałości po Szkodzie Całkowitej, z zachowaniem warunków określonych w ust. 11 oraz w § 2,

ust. 26, przy czym obydwie wartości są określone według wartości na dzień powstania Szkody;

- 2) jeżeli Suma Ubezpieczenia została ustalona w wartości netto, podstawą ustalenia odszkodowania jest Wartość Rynkowa pojazdu nieuszkodzonego pomniejszona o Wartość Pozostałości po Szkodzie Całkowitej, przy czym obydwie wartości określone są według wartości na dzień powstania Szkody w kwocie netto, tj. bez uwzględnienia odliczonego podatku VAT;
- 3) jeżeli Suma Ubezpieczenia została ustalona w wartości netto + 50% VAT, podstawą ustalenia odszkodowania jest Wartość Rynkowa pojazdu nieuszkodzonego pomniejszona o Wartość Pozostałości po Szkodzie Całkowitej, przy czym obydwie wartości określone są według wartości na dzień powstania Szkody w kwocie netto + 50 VAT, tj. z uwzględnienia 50% wartości podatku VAT;
- 4) jeżeli Suma Ubezpieczenia została ustalona w wartości brutto, podstawą ustalenia odszkodowania jest Wartość Rynkowa pojazdu nieuszkodzonego pomniejszona o Wartość Pozostałości po Szkodzie Całkowitej, przy czym obydwie wartości określone są według wartości na dzień powstania Szkody, w kwocie brutto, tj. z uwzględnieniem podatku VAT.

Zasady ustalania i wypłaty odszkodowań w przypadku Szkody Częściowej w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia.

3. Zasady ustalania odszkodowania w przypadku Szkody Częściowej różnią się, w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego we Wniosku lub wskazanego przez Allianz w Ofercie (a po zawarciu Umowy Ubezpieczenia potwierdzonego w polisie) wariantu ubezpieczenia:
- 1) Wariantu serwisowego, lub
 - 2) Wariantu Ekonomicznego
 - 3) Wariantu Warsztat Partnerski
4. Niezależnie od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia, odszkodowanie za Szkodę Częściową może zostać ustalone stosownie do wyboru Ubezpieczającego – za pomocą:
- 1) Metody kosztorysowej – polegającej na ustaleniu odszkodowania według przygotowanej przez Allianz wyceny, lub
 - 2) Metody fakturowej – polegającej na ustaleniu odszkodowania po przedłożeniu przez Ubezpieczonego rachunków lub

faktur VAT dokumentujących naprawę Ubezpieczonego Pojazdu.

5. Poniższa tabela prezentuje sposób rozliczenia Szkody Częściowej w zależności od wariantu ubezpieczenia:

Wariant ubezpieczenia	Rozliczenie szkody częściowej	Miejsce naprawy pojazdu	Rodzaj części uwzględniony przy wyborze metody fakturowej	Rodzaj części uwzględniony przy wyborze metody kosztorysowej
Serwisowy	Na podstawie faktur lub kosztorysu przygotowanego przez Allianz – zgodnie z wyborem Ubezpieczonego	Dowolnie wybrany przez Ubezpieczonego warsztat w oparciu o zasady rozliczeń metody fakturowej Dowolnie wybrany przez Ubezpieczonego warsztat	Części Oryginalne Serwisowe	Części Alternatywne Części Oryginalne serwisowe (jeśli Części Alternatywne nie są dostępne w Systemach Ekspertkich)
Ekonomiczny			Części Alternatywne Części Używane Części Oryginalne Serwisowe (jeśli Części Alternatywne nie są dostępne w Systemach Ekspertkich)	Części Alternatywne nie są dostępne w Systemach Ekspertkich) pomniejszone o Amortyzację części
Warsztat Partnerski		Naprawa w Warsztacie partnerskim lub w dowolnym warsztacie wskazanym przez Ubezpieczonego	Części Alternatywne Części Oryginalne Serwisowe (jeśli Części Alternatywne nie są dostępne w Systemach Ekspertkich)	
Postanowienia wspólne dla wariantów	Jeżeli Suma Ubezpieczenia została ustalona zgodnie z § 2 ust. 15 1) W wartości brutto, odszkodowanie za Szkodę Częściową jest określone w kwocie brutto, 2) W wartości netto, odszkodowanie za Szkodę Częściową jest określone w kwocie netto, 3) W wartości netto plus 50% VAT, odszkodowanie za Szkodę Częściową jest określone w kwocie netto plus 50% VAT			

6. Metoda kosztorysowa.

- Niezależnie od wariantu ubezpieczenia w przypadku wyboru przez Ubezpieczonego likwidacji szkody częściowej według metody kosztorysowej Allianz ustala wysokość odszkodowania, z uwzględnieniem zaistniałych uszkodzeń wynikłych ze zdarzenia, za które Allianz ponosi odpowiedzialność, według wyceny przeprowadzonej w oparciu o:
 - Naprawcze normy czasowe producenta pojazdu ujęte w Systemie Ekspertkim,
 - Stawkę za roboczegodzinę w wysokości 100 zł brutto (tj. z podatkiem VAT), dla prac blacharskich i lakierniczych,
 - ceny Części Alternatywnych dostępnych w Systemach Ekspertkich lub – w przypadku ich braku, Części Używanych,
 - Ceny materiałów Części oryginalnych Serwisowych pomniejszonych o wartość amortyzacji (stopień zużycia, który wynika z eksploatacji) w przypadku braku Części Alternatywnych lub Części Używanych;

Okres Eksploatacji Pojazdu	Amortyzacja
3 lata lub mniej	25%
Ponad 3 lata, ale nie więcej niż 6 lat	35%
Ponad 6 lat, ale nie więcej niż 10 lat	50%
Ponad 10 lat	60%

- Jeżeli w trakcie eksploatacji Ubezpieczonego Pojazdu dokonano wymiany części, których wartość została udokumentowana rachunkami/fakturami, wartość wymienionych elementów ustala się indywidualnie z uwzględnieniem okresu ich użytkowania.
- W przypadku stwierdzenia wcześniejszych uszkodzeń lub napraw Ubezpieczonego Pojazdu, wartość uszkodzonych lub wymienionych elementów ustala się indywidualnie z uwzględnieniem ich zużycia technicznego.

7. Metoda fakturowa – wariant serwisowy

- 1) Ustalenie odszkodowania w wariantcie serwisowym w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego metody fakturowej, wysokość odszkodowania ustalana jest po przedłożeniu przez Ubezpieczonego rachunków lub faktur VAT dokumentujących naprawę Ubezpieczonego Pojazdu z wyszczególnieniem numerów katalogowych użytych do naprawy części zamiennych obejmującą uszkodzenia wynikłe ze zdarzenia, za które Allianz przyjął na siebie odpowiedzialność w Umowie Ubezpieczenia, w oparciu o:

- a) normy czasowe producenta Ubezpieczonego Pojazdu ujęte w Systemie Eksperckim;
- b) stawki za jedną roboczogodzinę ustaloną dla warsztatu naprawczego, w którym dokonywana jest naprawa; w przypadku braku ustalonej stawki dla danego warsztatu nie posiadającego autoryzacji producenta przyjmuje się stawkę nie wyższą niż 123 zł brutto (tj. z podatkiem VAT); w przypadku braku ustalonej stawki dla danego warsztatu posiadającego autoryzację producenta przyjmuje się stawkę nie wyższą niż 160 zł brutto (tj. z podatkiem VAT);
- c) ceny Części Oryginalnych Serwisowych i materiałów producenta Ubezpieczonego Pojazdu, ujętych w Systemie Eksperckim nie więcej niż średnie ceny wynikające z Systemów Eksperckich, zalecane przez producenta pojazdu lub oficjalnego importera do stosowania przez sieć serwisową producenta Ubezpieczonego pojazdu lub oficjalnego importera.

8. Metoda fakturowa wariant ekonomiczny

- 1) Ustalenie odszkodowania w wariantcie ekonomicznym w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego metody fakturowej, wysokość odszkodowania ustalana jest po przedłożeniu przez Ubezpieczonego rachunków lub faktur VAT dokumentujących naprawę Ubezpieczonego Pojazdu oraz z wyszczególnieniem numerów katalogowych użytych do naprawy części zamiennych, obejmującą uszkodzenia wynikłe ze zdarzenia, za które Allianz przyjął na siebie odpowiedzialność w Umowie Ubezpieczenia, w oparciu o:

- a) normy czasowe producenta Ubezpieczonego Pojazdu ujęte w Systemie Eksperckim;

- b) stawki za jedną roboczogodzinę ustaloną dla warsztatu naprawczego, w którym dokonywana jest naprawa; w przypadku braku ustalonej stawki dla danego warsztatu nie posiadającego autoryzacji producenta przyjmuje się stawkę nie wyższą niż 123 zł brutto (tj. z podatkiem VAT); w przypadku braku ustalonej stawki dla danego warsztatu posiadającego autoryzację producenta przyjmuje się stawkę nie wyższą niż 160 zł brutto (tj. z podatkiem VAT);

c) ceny materiałów

i Części Alternatywnych dostępnych w Systemach Eksperckich lub – w przypadku ich braku, Części Używanych, W przypadku braku Części Używanych, w oparciu o ceny Części Oryginalnych uwzględniających 30 % amortyzację, ujętych w Systemie Eksperckim nie więcej niż średnie ceny wynikające z Systemów Eksperckich, zalecane przez producenta pojazdu lub oficjalnego importera do stosowania przez sieć serwisową producenta Ubezpieczonego pojazdu lub oficjalnego importera.

9. Metoda fakturowa – wariant Warsztat Partnerski

- 1) W wariantcie Warsztat Partnerski, w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego metody fakturowej, wysokość odszkodowania ustalana jest po przedłożeniu przez Ubezpieczonego rachunków lub faktur VAT dokumentujących naprawę Ubezpieczonego Pojazdu, obejmującą uszkodzenia wynikłe ze zdarzenia, za które Allianz przyjął na siebie odpowiedzialność w Umowie Ubezpieczenia, w oparciu o:
- a) normy czasowe producenta Ubezpieczonego Pojazdu ujęte w Systemie Eksperckim;
- b) stawkę za jedną roboczogodzinę ustaloną dla Warsztatu Partnerskiego albo innego warsztatu naprawczego, w którym dokonywana jest naprawa pojazdu, nie wyższą niż 123 zł brutto (tj. z podatkiem VAT);
- c) ceny materiałów i Części Alternatywnych dostępnych w Systemach Eksperckich lub – w przypadku ich braku w tych Systemach Eksperckim – w oparciu o ceny Części Oryginalnych Serwisowych i materiałów producenta Ubezpieczonego Pojazdu ujęte w Systemach Eksperckich, z zastrzeżeniem, że ceny te nie mogą być wyższe niż średnie ceny wynikające

z Systemów Eksperskich zalecane przez producenta Ubezpieczonego Pojazdu lub jego oficjalnego importera do stosowania przez sieć serwisową producenta pojazdu, lub importera pojazdu.

- 2) Naprawy Ubezpieczonego Pojazdu według zasad opisanych w punkcie 1) powyżej Ubezpieczony może dokonać w dowolnie wybranym przez siebie warsztacie – zarówno w Warsztacie Partnerskim, jak i warsztacie poza siecią Warsztatów Partnerskich.

Pozostałe zasady wypłaty odszkodowania

10. Gdy uszkodzenia polegają na punktowych wgnieciach karoserii ubezpieczonego pojazdu (np. grad, szkody parkingowe itp.) i można je naprawić bez lakierowania, Allianz ustali kwotę odszkodowania na podstawie kosztów naprawy.
11. Przy ustalaniu wysokości odszkodowania za Szkodę polegającą na uszkodzeniu Ubezpieczonego Pojazdu lub jego Wyposażenia uwzględnia się koszty naprawy Ubezpieczonego Pojazdu, określając je w ocenie technicznej lub kalkulacji w Systemach Eksperskim z zastrzeżeniem, że Ubezpieczony może wnieść uwagi do otrzymanej oceny technicznej.
12. Jeżeli do Umowy Ubezpieczenia zastosowanie ma Udział Własny, odszkodowanie zostaje wyliczone z pomniejszeniem kwot wynikających z wyciszczenia Udziału Własnego.
13. Niezależnie od wariantu, w którym zawarta została Umowa Ubezpieczenia, przy ustalaniu odszkodowania za Szkody powstałe w ogumieniu, elementach ciernych układu hamulcowego i układu sprzęgła, w elementach układu wydechowego (w tym w katalizatorze), w środkach smarnych, akumulatorach, plandekach uwzględnia się stopień indywidualnego ich zużycia eksploatacyjnego, stosownie do stanu tych elementów, bez względu na Okres Eksploatacji Pojazdu.
14. Wysokość ustalonego odszkodowania za Szkody w Ubezpieczonym Pojeździe i w Wyposażeniu nie może przekroczyć Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień powstania szkody.
15. W przypadku naprawy Ubezpieczonego Pojazdu Allianz ma prawo do:
 - 1) uzależnienia wypłaty odszkodowania za tę część Szkoły, której to dotyczy, od:
 - a) umożliwienia jego przedstawicielowi wykonania oględzin Ubezpieczonego Pojazdu podczas naprawy lub po jej zakończeniu oraz dokonania odczytu parametrów jezdnych Ubezpieczonego Pojazdu;
 - b) przekazania na własność Allianz części uszkodzonej zakwalifikowanej do wymiany po dokonaniu tej wymiany;
 - 2) wypłaty odszkodowania na podstawie kosztorysu, jeżeli Ubezpieczony uniemożliwił wykonanie oględzin o których mowa w pkt. 1 ppkt a).
16. Naprawa uszkodzonego Ubezpieczonego pojazdu odbywa się na stawkach i cenach obowiązujących w Polsce, z zastrzeżeniem pkt 19.
17. W przypadku uszkodzenia Ubezpieczonego Pojazdu za granicą Polski:
 - 1) naprawa powinna być dokonana na terytorium Polski, z zastrzeżeniem poniższych punktów:
 - a) możliwe jest przeprowadzenie naprawy częściowej mającej na celu wyłączenie przygotowanie Ubezpieczonego Pojazdu do kontynuowania jazdy do najbliższego warsztatu naprawczego w Polsce, pod warunkiem skontaktowania się z Allianz i uzgodnienia zakresu tej naprawy częściowej. Przeprowadzenie naprawy częściowej, o której mowa w zdaniu poprzednim, bez konieczności uzgadniania jej zakresu z Allianz jest dopuszczalne, jeśli jej koszt nie przekracza równowartości kwoty 1200 euro;
 - b) jeśli koszty zleconej samodzielnie naprawy przekraczają zakres naprawy niezbędnej do kontynuowania bezpiecznej jazdy, o którym mowa w pkt a), lub jeśli wykraczają poza uzgodniony z Allianz zakres, odszkodowanie jest ustalone i wypłacone według cen obowiązujących na terytorium Polski w miejscu zarejestrowania Ubezpieczonego Pojazdu. W przypadku uznania roszczenia odszkodowanie jest ustalane zgodnie z ust. 2, 3 lub 4 niniejszego paragrafu, przy czym kwota odszkodowania nie może przekroczyć faktycznie poniesionych kosztów;
 - 2) za zgodą Allianz może być ustalony inny tryb naprawy Ubezpieczonego Pojazdu.
18. Odszkodowanie jest wypłacane w złotych. Jeśli koszty naprawy lub koszty wyszczególnione w ust. 20 są ponoszone w walucie obcej na podstawie faktur, rachunków to odszkodowanie jest wypłacane według średniego kursu wymiany walut ustalonego przez Narodowy Bank Polski, na dzień poniesienia kosztów naprawy. W przypadku wypłaty odszkodowania na podstawie wyceny, odszkodowanie jest wypłacane według średniego kursu wymiany walut ustalonego przez Narodowy Bank Polski na dzień zdarzenia.

19. Niezależnie od odszkodowania ustalonego według zasad określonych w ust. 1-19 Allianz zwraca, w granicach Sumy Ubezpieczenia, uzasadnione okolicznościami danego zdarzenia, udokumentowane koszty:
- 1) transportu (holowania) uszkodzonego Ubezpieczonego Pojazdu (w tym ewentualne koszty użycia niezbędnego sprzętu), nie więcej jednak niż 3000 zł dla pojazdów ciężarowych o ładowności powyżej 3,5 t oraz 1000 zł dla pozostałych pojazdów, a w przypadku, gdy holowanie miało miejsce poza granicami kraju lub w przypadku gdy pojazd jest holowany do Polski – nie więcej niż 1000 euro;
 - 2) parkowania uszkodzonego Ubezpieczonego Pojazdu liczonego od dnia zgłoszenia Szkody, nie dłużej niż do dnia oględzin Ubezpieczonego Pojazdu i sporządzenia przez Allianz powypadkowej oceny technicznej, przy czym koszty parkowania nie mogą przekroczyć kwoty 500 zł;
 - 3) dodatkowego badania technicznego powypadkowego zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawa na dzień Szkody;
 - 4) naprawy lub wymiany wallbox (urządzenie przeznaczone do ładowania pojazdów elektrycznych) oraz kabli do ładowania pojazdów w przypadku ich uszkodzenia do kwoty 7000 zł, po przedłożeniu faktury dokumentującej ich zakup.
 - 5) Koszty wyszczególnione w pkt 1)-3) pomniejszając (po ich wypłacie) Sumę Ubezpieczenia.
20. Odszkodowanie jest wypłacane:
- 1) Ubezpieczonemu bądź osobie przez niego upoważnionej;
 - 2) spadkobiercom po przedłożeniu postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku za Szkodę powstałą w pojeździe wchodzącym w skład masy spadkowej, stosownie do ich zgodnego oświadczenia lub umownego podziału spadku, orzeczenia sądu;
 - 3) następcom prawnym – w razie przekształcenia osoby prawnej (po przedłożeniu dokumentów wykazujących następstwo prawne).
21. Allianz wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Szkodzie. Jeśli w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania jest niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporna część odszkodowania jest wypłacana zgodnie z terminem określonym w zdaniu pierwszym.
22. Jeżeli w terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia lub w ustawie Allianz nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadomi na piśmie:
- 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - 2) Ubezpieczonego, w przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
- o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaci bezsporną część świadczenia.
23. Jeśli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub jeśli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu nasz przedstawiciel pisemnie poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego (w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) wskazując na okoliczności, oraz podstawę prawną takiej decyzji. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
24. Z chwilą wypłaty odszkodowania, roszczenia Ubezpieczonego względem osób trzecich, odpowiedzialnych za spowodowanie Szkody, przechodzą na Allianz maksymalnie do kwoty wypłaconego odszkodowania.
25. Jeśli Allianz wypłacając odszkodowanie zgodnie z Umową Ubezpieczenia naprawił tylko część poniesionej przez Ubezpieczonego Szkody, to Ubezpieczonemu przysługuje względem sprawcy pierwszeństwo naprawienia Szkody co do pozostałej części, przed roszczeniami Allianz, o których mowa w ust. 28.
26. Nie przechodzą na Allianz roszczenia regresowe (zwrotne) Ubezpieczonego w stosunku do osób, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził Szkodę umyślnie;
27. Jeśli Ubezpieczony zrzekł się roszczeń o odszkodowanie w stosunku do osoby odpowiedzialnej za Szkodę, względnie wyraził zgodę na ich zmniejszenie, Allianz może odmówić wypłaty odszkodowania lub stosownie je zmniejszyć.
28. Po zgłoszeniu Szkody, Allianz udostępni Ubezpieczającemu a w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek – także Ubezpieczonemu) link [www](#) do dedykowanej aplikacji Allianz umożliwiającej śledzenie statusu Szkody.

§ 10. Obowiązki Ubezpieczającego Postępowanie w przypadku szkody

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 4 ust. 1, Ubezpieczający oraz Ubezpieczony (o ile wie- dział o zawarciu umowy na jego rachunek) są zobowiązani:
 - 1) użyć dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia Szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,
 - 2) udostępnić na żądanie Allianz uszkodzony Ubezpieczony Pojazd do oględzin w sposób umożliwiający swobodny do niego dostęp, dokonanie oględzin i zdjęć;
 - 3) nie dokonywać w uszkodzonym Ubezpieczonym Pojeździe żadnych zmian (w tym poprzez zmianę zapisów pamięci usterek systemów bezpieczeństwa Ubezpieczonego Pojazdu lub wymontowanie urządzenia odpowiedzialnego za zapisy pamięci usterek systemów bezpieczeństwa Ubezpieczonego Pojazdu lub uniemożliwia- jąc lub utrudniając odczyt zapisów pa- mięci usterek systemów bezpieczeństwa Ubezpieczonego Pojazdu), o ile nie jest to uzasadnione koniecznością kontynu- owania jazdy, i nie podejmować naprawy Ubezpieczonego Pojazdu bez wcześniejsze- go uzgodnienia z Allianz, chyba że Allianz nie zajęł stanowiska w ciągu siedmiu dni od otrzymania zawiadomienia o Szkodzie (lub w ciągu 14 dni, jeżeli Allianz w termi- nie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomie- nia o Szkodzie powiadomił, że konieczne jest powołanie rzeczoznawców);
 - 4) powiadomić Allianz o Wypadku, nie później niż w ciągu 4 dni od dnia powzięcia infor- macji o jego zaistnieniu;
 - 5) w przypadku kolizji z innym pojazdem:
 - a) jeżeli za Szkodę odpowiedzialna jest osoba trzecia, uzyskać oświadczenie sprawcy lub notatkę policyjną jeśli taka została sporządzona
 - b) zanotować dane dotyczące tego pojaz- du, kierowcy pojazdu, numer dokumen- tu ubezpieczenia oraz nazwę i adres ubezpieczyciela w zakresie obowiązk- owego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza i kierującego pojaz- dem mechanicznym;
 - 6) do zabezpieczenia możliwości dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za Szkodę;
 - 7) do poinformowania osób uprawnionych do korzystania z Ubezpieczonego Pojazdu, aby
- w razie zdarzenia postąpiły zgodnie z posta- nowieniami pkt 1)-6).
2. W przypadku Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu lub jego części, Wyposażenia, Kluczyka wymaganego przy zawieraniu Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczony lub osoba upo- ważniona mają obowiązek, niezwłocznie, nie później niż w ciągu 48 godzin od wystąpienia Kradzieży lub uzyskania o niej informacji, powia- domić Allianz oraz policję w miejscu zdarzenia. Obowiązek powyższy dotyczy również zabo- ru (podejrzenia zaboru) pojazdu w celu krótko- trwałego użycia określonego w art. 289 kodeksu karnego.
 3. W przypadku wystąpienia Szko- dy Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu powinni:
 - 1) przedstawić dowody dotyczące wystąpie- nia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Umową Ubezpieczenia i rozmiarów Szko- dy;
 - 2) współpracować z Allianz w ustaleniu oko- liczności i rozmiaru Szko- dy.
 4. W przypadku utraty Kluczyka wymaga- nego przy zawieraniu Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający (a w przypadku zawarcia umo- wy na cudzy rachunek również Ubezpieczony) zobowiązany jest w ciągu 48 godzin od chwi- li, gdy to zauważył, powiadomić Allianz oraz dokonać wymiany wkładek zamków oraz tak- ich zmian w Ubezpieczonym Pojeździe i w Zabezpieczeniach Przeciwkradzieżowych, aby możliwość otwarcia i uruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu leżała wyłącznie w gestii Ubezpieczonego lub osób przez nie- go upoważnionych. Do czasu wymiany wkładek zamków i dokonania zmian w Ubezpieczonym Pojeździe powinien on być pozostawiony w Miejscu Strzeżonym.
 5. Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imie- niu zobowiązani są do powiadomienia Allianz o zmianach dokonywanych w Zabezpieczeniach Przeciwkradzieżowych, o ile były one wymaga- ne w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia, przy czym każda zmiana musi spełniać wymogi bezpieczeństwa, o które Allianz zapytywał we Wniosku.
 6. W przypadku pojazdów używanych do wy- najęcia, o których mowa w § 3 ust. 5 pkt. 5, Ubezpieczający (a w przypadku zawarcia umo- wy na cudzy rachunek również Ubezpieczony) zobowiązany jest do powiadomienia Allianz w ciągu 48 godzin o wyjechaniu Ubezpieczonym Pojazdem poza granice Polski.
 7. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażą- cego niedbalstwa obowiązków wskazanych w ust. 1 pkt 4) lub w ust. 2 lub w ust. 4-6, dotyczących powiadomienia o wypadku ubezpieczenio- wym przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

- (chyba że Ubezpieczony nie wie o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek), Allianz może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia Szkody lub uniemożliwiło Allianz ustalenie okoliczności i skutków wypadku. Opisane w zdaniu poprzednim skutki braku zawiadomienia Allianz o wypadku nie następują, jeżeli Allianz w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
8. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków dotyczących użycia dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia lub zmniejszenia rozmiarów Szkody przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, Allianz jest wolny od odpowiedzialności za Szkodę powstałą z tego powodu.
 9. Allianz obowiązany jest, w granicach Sumy Ubezpieczenia, zwrócić koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w ust. 1 pkt 1), jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

§ 11. Klauzule dodatkowe do Umowy Ubezpieczenia

1. Ubezpieczenie szyb

- 1) Na podstawie niniejszej klauzuli, z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU, Ubezpieczający za opłatą dodatkowej składki może rozszerzyć zakres Umowy Ubezpieczenia, zawartej na okres jednego roku, o opcję braku utraty zniżek za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia Autocasco, w sposób określony w pkt 2);
- 2) Szkody polegające wyłącznie na:
 - a) naprawie szyb/szyby czołowej, bocznej, dachowej lub tylnej i lusterek (o ile jest to technicznie wykonalne),
lub
 - b) wymianie szyb/szyby bocznej lub tylnej, niezwiązanej z innymi uszkodzeniami pojazdu
nie powodują utraty zniżek za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia Autocasco w Allianz.
- 3) Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wystąpienie nie więcej niż dwóch szkód wymienionych w pkt 2) w czasie rocznego Okresu Ubezpieczenia. Wyczerpanie limitu dwóch szkód powoduje utratę zniżek za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia;

- 4) Przedmiotem ubezpieczenia są szyby: czołowa, boczna i tylna, lusterka i szyba dachowa w Ubezpieczonym Pojeździe;
- 5) W ramach niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową następujące rodzaje pojazdów:
 - a) samochody osobowe,
 - b) samochody ciężarowo-osobowe,
 - c) samochody ciężarowe o dopuszczalnej ładowności do 2 ton.

2. Ubezpieczenie szyb (rozszerzone)

- 1) Na podstawie niniejszej klauzuli, z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU, Ubezpieczający za opłatą dodatkowej składki może rozszerzyć zakres Umowy Ubezpieczenia, zawartej na okres jednego roku o opcję braku utraty zniżek za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia Autocasco, w sposób określony w pkt 2);
- 2) Szkody polegające wyłącznie na:
 - a) Naprawie szyb/szyby czołowej, bocznej, dachowej i lub tylnej i lusterek (o ile jest to technicznie wykonalne)
lub
 - b) Wymianie szyb/szyby czołowej, bocznej, dachowej lub tylnej, i lusterek niezwiązanej z innymi uszkodzeniami pojazdu.
nie powodują utraty zniżek za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia Autocasco w Allianz.
- 3) Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wystąpienie nie więcej niż dwóch szkód wymienionych w pkt 2) w czasie rocznego Okresu Ubezpieczenia. Wyczerpanie limitu dwóch szkód powoduje utratę zniżek za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia;
- 4) Przedmiotem ubezpieczenia są szyby: czołowa, boczna i tylna w Ubezpieczonym Pojeździe;
- 5) W ramach niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową następujące rodzaje pojazdów:
 - a) samochody osobowe,
 - b) samochody ciężarowo-osobowe;
 - c) samochody ciężarowe o dopuszczalnej ładowności do 2 ton;

3. Stała Wartość Rynkowa

- 1) Na podstawie niniejszej klauzuli, z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU, Ubezpieczający za opłatą dodatkowej składki może rozszerzyć zakres Umowy Ubezpieczenia zawartej na okres jednego roku o opcję utrzymania Wartości Rynkowej Ubezpieczonego Pojazdu z dnia zawarcia

Umowy Ubezpieczenia przez cały Okres Ubezpieczenia;

- 2) Jako podstawę do rozliczenia Szkody w przypadku Szkody Całkowitej lub Kradzieży Ubezpieczonego Pojazdu przyjmuje się Wartość Rynkową z dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia pod warunkiem, że we Wniosku Ubezpieczający podał zgodne ze stanem faktycznym informacje o Ubezpieczonym Pojeździe, o które Allianz zapytywał przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia, dotyczące kraju pochodzenia Ubezpieczonego Pojazdu, marki i modelu Ubezpieczonego Pojazdu lub daty pierwszej rejestracji Ubezpieczonego Pojazdu, z zachowaniem warunków określonych w § 9 ust. 13. Jeżeli informacje te nie były zgodne ze stanem faktycznym, za Wartość Rynkową uważa się wartość Ubezpieczonego Pojazdu z dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia zgodnie ze stanem faktycznym;

4. Równa droga (ubezpieczenie od następstw wjechania w uszkodzony fragment drogi)

- 1) Na podstawie niniejszej klauzuli, z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU, Ubezpieczający za opłatą dodatkowej składki może rozszerzyć zakres Umowy Ubezpieczenia, zawartej na okres jednego roku, o opcję braku utraty zniżek za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia, w sposób określony w pkt 2);
- 2) Allianz nie uwzględni zwwyżki składki za Szkody polegające wyłącznie na uszkodzeniu wszystkich lub niektórych spośród wymienionych poniżej elementów: felga, opona, układ wydechowy, układ hamulcowy, układ zawieszenia, układ kierowniczy, które to elementy zostały uszkodzone na skutek wjechania w uszkodzony fragment drogi (dotyczy tylko ubezpieczeń zawieranych w Allianz);
- 3) Suma wypłaconych odszkodowań nie przekroczy kwoty 5 000 złotych albo 10 000 złotych w rocznym Okresie Ubezpieczenia, w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia wariantu ubezpieczenia. szkody zgłoszone po wyczerpaniu limitu 5000 albo 10000 zł, w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia, powodują utratę zniżek za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia;
- 4) W ramach niniejszej klauzuli, Allianz obejmuje ochroną ubezpieczeniową następujące rodzaje pojazdów:

- a) samochody osobowe,
- b) samochody ciężarowo-osobowe,
- c) samochody ciężarowe o dopuszczalnej ładowności do 2 ton;

- 5) W przypadku wystąpienia szkód określonych w pkt 2) nie ma zastosowania wyłączenie szkód polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu ogumienia, o którym mowa w § 5 ust. 2.

5. Ubezpieczenie Bagażu

- 1) Ubezpieczający za opłatą dodatkowej składki może rozszerzyć zakres Umowy Ubezpieczenia o opcje pokrycia straty polegającą na zniszczeniu lub uszkodzeniu bagażu, na następujących zasadach:
- a) Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje bagaż, który stanowią przewożone w Ubezpieczonym Pojeździe w chwili wystąpienia szkody następujące przedmioty:
 - torby, walizki, z wyłączeniem ich zawartości; laptopy, smartfony, tablety, telefony komórkowe, nawigacje samochodowe (niebudowlana), kamery cyfrowe, aparaty cyfrowe, wideorejestratory jazdy, czytniki książek elektronicznych, przenośne konsole do gier – ochrona do limitu 4000zł,
 - bagaż przewożony na dachu lub na haku Ubezpieczonego Pojazdu, np. bagażniki wraz z przewożonymi elementami np. rower, narty, deska windsurfingowa, namiot samochodowy – ochrona do limitu 20 000zł,
 - b) limity odpowiedzialności wskazane w pkt1a) zmniejszają się o kwoty wypłaconego przez Allianz odszkodowania aż do ich wyczerpania w rocznym okresie ubezpieczenia,
 - c) ochrona ubezpieczeniowa dla bagażu przewożonego na dachu lub haku Ubezpieczonego Pojazdu nie obejmuje kradzieży;
 - d) Allianz ponosi odpowiedzialność za szkody, w przypadku zaistnienia łącznie następujących przesłanek:
 - uszkodzenie lub zniszczenie bagażu nastąpiło w tym samym zdarzeniu ubezpieczeniowym, w którym uszkodzeniu lub zniszczeniu uległ Ubezpieczony Pojazd,
 - istnieje odpowiedzialność Allianz za szkodę w Ubezpieczonym Pojeździe;
 - e) Na wniosek Allianz Ubezpieczony zobowiązany jest – okazać uszkodzony lub zniszczony w wypadku bagaż;

- f) Ustalając wysokość odszkodowania za zniszczony lub uszkodzony bagaż Allianz stosuje ceny rynkowe towarów obowiązujące w dniu zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego na terenie miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego, z potrąceniem Amortyzacji;
 - g) przy ustalaniu wysokości odszkodowania nie uwzględnia się wartości zabytkowej, wartości kolekcjonerskiej, naukowej, intelektualnej
6. Akcesoria motocyklowe „Klauzula „Akcesoria motocyklowe”
- 1) Na podstawie niniejszej klauzuli, z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU Autocasco, Ubezpieczający za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej może rozszerzyć zakres Umowy Ubezpieczenia motocykla i ochroną ubezpieczeniową może zostać objęte uszkodzenie lub zniszczenie wyposażenia motocyklisty powstałe w Wypadku motocykla, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 1) OWU Autocasco, na następujących zasadach:
 - a) ochroną ubezpieczeniową są objęte następujące elementy wyposażenia motocyklisty: odzież i obuwie ochronne motocyklisty (kurtka, kombinezon, rękawice, buty), ochronne nakrycie głowy – kask, ochraniacze, tankbagi, sakwy będące własnością Ubezpieczonego, na podstawie dokumentów potwierdzających ich nabycie przez Ubezpieczonego,
 - b) Allianz wypłaci odszkodowanie w wysokości wartości wynikającej z faktur lub dokumentów potwierdzających zakup przez Ubezpieczonego uszkodzonego lub zniszczonego wyposażenia motocyklisty do limitu 10000 złotych, który jest pomniejszany aż do wyczerpania w rocznym Okresie Ubezpieczenia o wysokość wypłaconych z tego tytułu odszkodowań;
 - c) odszkodowanie jest wypłacane na podstawie faktury lub innego dokumentu potwierdzającego zakup uszkodzonego lub zniszczonego wyposażenia motocyklisty przez Ubezpieczonego.
 - 2) W przypadku Szkody Częściowej motocykla (niebędącej Szkodą Całkowitą w rozumieniu § 2 ust. 18 OWU Autocasco) likwidacja szkody następuje według wariantu odpowiednio wybranego zgodnie z § 4 ust. 2 pkt 1) i § 9 ust. 3 OWU Autocasco.

§ 12. Postępowanie reklamacyjne

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów oraz w naszym biurze (ul. Inflancka 4B1, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
 - a. Na piśmie – dostarczyć osobiście, w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej), albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b. ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce z obsługującą klientów lub naszym biurze (adres wskazany wyżej),
 - c. w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
3. Allianz rozpatrzy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowie na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Allianz poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustala, aby rozpatrzyć sprawę oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Allianz odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem Allianz odpowie na reklamację, skargę zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępnione są na stronie internetowej www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
6. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
7. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów

konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody.) Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

8. 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/>

uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

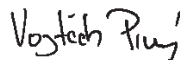
2. Prawem właściwym dla umów ubezpieczenia zawieranych w oparciu o OWU jest prawo polskie.
3. W relacjach wynikających z tych OWU Allianz stosuje język polski.
4. Allianz posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych
5. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Polska Spółka Akcyjna nr 147/2024 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 7 grudnia 2024 roku.

§ 13. Postanowienia końcowe

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego,



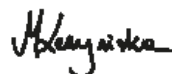
Marcin Kulawik
Prezes Zarządu



Vojtěch Pivný
Członek Zarządu



Andrzej Wasilewski
Członek Zarządu



Monika Leżyńska
Członek Zarządu

Przetwarzanie danych osobowych

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych. Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach. W razie przetwarzania danych osobowych dla celów marketingowych, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody.

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie Internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze,
- analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk,
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na Administratorze,
- przeciwdziałania przestępstwu ubezpieczeniowemu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora,
- zawarcia umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług,
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
- reasekuracji ryzyka – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego,

Administrator danych jest częścią grupy Allianz, która prowadzi działalność o globalnym zasięgu. Ze względu na charakter i zakres oferowanych usług, Pani/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, Administrator wdraża odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony Pani/Pana danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez

Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne zatwierdzone przez właściwy organ nadzoru. Powyższe środki służą realizacji Pani/Pana praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej. Administrator na Pani/Pana wniosek udostępni kopię tych zabezpieczeń.

Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Pana/Panią dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historię umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, reasekuratorom, podmiotom świadczącym usługi prawne, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. Allianz sp. z o.o.. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, rzeczoznawcom, warsztatom naprawczym, podmiotom świadczącym usługi assistance, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, decyzje dotyczące Pani/Pana mogą być będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, tj. bez wpływu człowieka. Decyzje te będą dotyczyły wysokości składki ubezpieczeniowej i oparte będą o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego dotyczącego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka, tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka.

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania,
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,
- przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przestać innemu administratorowi danych,

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej.

Przydatne wskazówki

Tu znajdziesz wskazówki, jak dbać o bezpieczeństwo swoje i innych, gdy korzystasz z pojazdu.

Poniższe wskazówki nie stanowią treści o.w.u. – pełnią one jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia. Obowiązki związane z umową wynikają z treści o.w.u.

Jak zabezpieczyć samochód w przypadku wystąpienia anomalii pogodowych?

1. Śledź ostrzeżenia i zalecenia lokalnych władz – jeśli zajdzie konieczność ewakuacji lub przemieszczenia pojazdu, postępuj zgodnie z zaleceniami.
2. Upewnij się, że wszystkie okna i drzwi są zamknięte – w przypadku wystąpienia burzy z silnym wiatrem lub gradu, ważne jest, aby wszystkie okna i drzwi samochodu były dokładnie zamknięte, aby uniknąć zalania wnętrza lub uszkodzeń, które mogą powstać w wyniku gradobicia.
3. Zabezpiecz samochód przed gradem – jeśli to możliwe, postaraj się znaleźć zadaszone miejsce parkingowe, takie jak garaż lub zadaszony parking, aby uniknąć uszkodzeń spowodowanych przez grad. Jeśli nie ma takiej możliwości, możesz użyć specjalnego pokrowca ochronnego, które mogą pomóc w minimalizacji szkód.
4. Unikaj parkowania pod drzewami w czasie burz i silnych wiatrów – mogą powodować upadanie gałęzi z drzew, co może uszkodzić samochód.
5. Regularnie dbaj o pojazd – regularna konserwacja samochodu (w tym sprawdzanie stanu opon, działania układu hamulcowego i innych istotnych podzespołów) może pomóc w zapobieganiu uszkodzeniom spowodowanym przez ekstremalne warunki pogodowe.

Jak jeździć bezpieczniej

- Nie korzystaj z telefonu w trakcie prowadzenia pojazdu. Pisanie smsów czy np. ustawianie nawigacji podczas jazdy odwraca uwagę od sytuacji na drodze. A to podnosi ryzyko spowodowania wypadku lub kolizji.
- Przestrzegaj ograniczeń prędkości i zachowuj bezpieczny odstęp pomiędzy pojazdami. Zawsze zwracaj uwagę na znaki drogowe.
- Zapinaj pasy bezpieczeństwa i wymagaj tego od swoich pasażerów.
- Podczas długich podróży zatrzymuj się na krótką przerwę co dwie godziny.

- Przygotuj samochód na trudne warunki pogodowe – opady deszczu lub śniegu oraz oblodzoną nawierzchnię.

Jak konserwować i użytkować pojazd

- Dbaj o stan techniczny pojazdu – nie zapominaj o wymaganych przeglądach technicznych, regularnie sprawdzaj ciśnienie w oponach i poziom oleju w pojeździe.
- Dbaj o sprawność wycieraczek i regularnie wymieniaj w nich pióra.
- Upewnij się, że światła pojazdu są sprawne i czyste.

Jak przeciwdziałać kradzieży

- Nie pozostawiaj pojazdu bez nadzoru, zwłaszcza w podejrzanych lub niezamieszkałych miejscach.
- Nigdy nie zostawiaj dowodu rejestracyjnego w pojeździe.
- Zawsze wyjmuj z pojazdu kluczyki, nawet jeśli jest on zaparkowany na terenie prywatnym. Pamiętaj o zamknięciu wszystkich okien.
- Zawsze, gdy opuszczasz samochód, uruchamiaj zabezpieczenia przeciwkradzieżowe.
- Rozważ użycie dodatkowych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, jak np. blokada skrzyni biegów.

Jak dbać o bezpieczeństwo w podróży

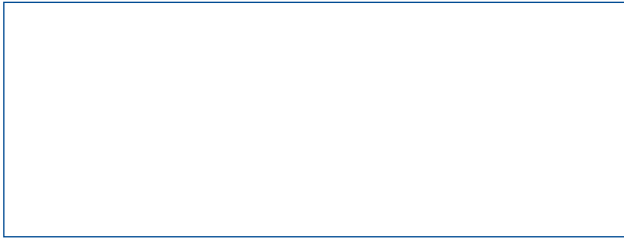
- Gdy wyruszasz w dłuższą podróż, zabierz gumę do żucia. Żucie gumy dotlenia mózg i sprzyja podniesieniu koncentracji.
- Sfotografuj najważniejsze dokumenty, takie jak: dowód rejestracyjny pojazdu, odcinek polisy OC oraz swój dokument tożsamości. Przechowuj zdjęcia, np. w swojej chmurze. Możesz je też wysłać mailem na swój adres.
- Unikaj parkowania pod drzewami albo w miejscach o wysokim ryzyku osunięcia się kamieni, lodu lub śniegu

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

TUIR Allianz Polska S.A.

ul. Inflancka 4B
00-189 Warszawa

Zadzwoń do Twojego agenta



Infolinia: 224 224 224
www.allianz.pl

ASSISTANCE MAKSYMALNY

Przewodnik po ubezpieczeniu



W tabeli wskazujemy, które punkty ogólnych warunków ubezpieczenia zawierają informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	punkty: 4-6, 9, 8, 11-37, 63 Informacje zawarte w niniejszej tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w rozdziale 2.6.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	punkty: 7, 9-10, 12, 14-15, 17, 19-20, 22, 24, 26-27, 32, 34-35, 38-40, 43, 75 Informacje zawarte w niniejszej tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w rozdziale 2.6.

Witaj w Allianz!

Dziękujemy, że decydujesz się ubezpieczyć u nas pojazd.

Jesteśmy po to, aby chronić Ciebie i ubezpieczony pojazd przed skutkami szkód spowodowanych zdarzeniami, na które nie masz wpływu. Możesz polegać na naszym doświadczeniu. Jesteśmy z naszymi klientami od wielu lat – na każdym kroku.

The Allianz logo, featuring the word "Allianz" in a stylized, handwritten-style script.

Spis treści

1. Wstęp do twojego ubezpieczenia	6
2. Opis produktu i warunki ubezpieczenia	9
2.1. Co obejmuje ubezpieczenie	10
2.2. Wyłączenia ogólne	22
2.3. Obowiązki twoje i ubezpieczonego	25
2.4. Szkoda – i co dalej	28
2.5. Jakie są najważniejsze elementy umowy	35
2.6. Definicje	43
3. Przydatne wskazówki	48
4. Najczęściej zadawane pytania	52
5. Pomóż nam podnosić standardy	54

Wstęp do Twojego ubezpieczenia

[→ Spis treści](#)

Ubezpieczasz pojazd w ramach ubezpieczenia komunikacyjnego Assistance Maksymalny w Allianz. Ten przewodnik zawiera ogólne warunki tego ubezpieczenia.

Na podstawie złożonego przez Ciebie wniosku o zawarcie umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia (o.w.u.), które znajdują się w tym przewodniku, zawierasz z nami czyli **Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółką Akcyjną** umowę ubezpieczenia. Umowa może być też zawarta poprzez przyjęcie przez Ciebie warunków oferty złożonej przez Allianz. Potwierdzeniem umowy jest polisa.

W tych ogólnych warunkach ubezpieczenia znajdują się w szczególności informacje na temat:

- zakresu każdego pakietu (co obejmuje i czego nie obejmuje ubezpieczenie),
- obowiązków Twoich oraz Ubezpieczonego,
- procesu likwidacji szkód,
- najważniejszych elementów umowy,
- naszych danych kontaktowych,
- definicji pojęć, które używamy w tych o.w.u.

Gdy piszemy **Ty**, mamy na myśli **Ubezpieczającego**, czyli osobę, która zawiera umowę.

Gdy piszemy **Ubezpieczony**, mamy na myśli osobę, którą chronimy na podstawie zawartej umowy. Dokładną definicję Ubezpieczonego znajdziesz w rozdziale Definicje.

Gdy piszemy **my**, mamy na myśli Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółkę Akcyjną. Zwróć uwagę, że część usług, których koszty pokrywamy lub które organizujemy w ramach tych o.w.u. mogą wykonywać inne podmioty. Usługę w zakresie Assistance wykonuje AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie.

1 WSTĘP DO TWOJEGO UBEZPIECZENIA

Zapoznaj się z rozdziałem Definicje, w którym wyjaśniamy pojęcia używane w tych o.w.u. Niektóre słowa zdefiniowaliśmy inaczej niż są powszechnie rozumiane. Jeśli definiujemy jakieś pojęcie, używając go w o.w.u., zawsze rozumiemy je zgodnie z tym, co opisaliśmy w rozdziale Definicje.

Jeśli masz pytania, skontaktuj się z nami:

- **przez telefon:** → **224 224 224**
- **lub przez naszą stronę internetową:** → www.allianz.pl.

Ochrona danych osobowych

Jesteśmy administratorem danych osobowych, które zbieramy w związku z zawarciem i wykonaniem umowy.

Pełną treść klauzuli informacyjnej, która opisuje zasady przetwarzania przez nas danych osobowych, przekazujemy podczas zbierania danych. Informacje te dostępne są dla wszystkich na stronie internetowej: www.allianz.pl.

Opis produktu i warunki ubezpieczenia

[→ Spis treści](#)

Co obejmuje ubezpieczenie

2.1

[→ Spis treści](#)

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Z tego rozdziału dowiesz się:

- co jest przedmiotem ubezpieczenia, a co nie może nim być,
- gdzie obowiązuje Twoje ubezpieczenie.

1. Dokładny zakres Twojego ubezpieczenia znajdziesz w tych o.w.u.
2. Możemy wprowadzić w umowie postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień o.w.u. Takie postanowienia powinny być zaakceptowane przez obie strony (tj. przez Ciebie i nas). Umowa ubezpieczenia Assistance Maksymalny może być zawarta wyłącznie wraz z zawarciem umowy głównej (jako umowa dodatkowa do umowy głównej) dotyczącej ubezpieczonego pojazdu.
3. Jeśli umowa główna obejmuje swym zakresem ubezpieczenie Assistance w wariancie podstawowym albo rozszerzonym, to zawierając umowę ubezpieczenia Assistance Maksymalny zastępuje on Assistance podstawowy albo rozszerzony, a limity dotyczące tych samych usług określone tymi umowami nie zsumują się.

Przykład:

Jeśli w przypadku zdarzenia objętego ochroną w ramach umowy głównej zapewniamy Ubezpieczonemu pojazd zastępczy na czas naprawy w razie awarii do 4 dni dwa razy w okresie ubezpieczenia, a zawarłeś także umowę ubezpieczenia Assistance Maksymalny – zapewnimy pojazd zastępczy na czas naprawy w razie awarii do 6 dni dwa razy w okresie ubezpieczenia.

Jaki jest przedmiot ubezpieczenia

4. Przedmiot ubezpieczenia to inaczej to, co obejmujemy ochroną. Ochroną ubezpieczeniową możemy objąć majątek Ubezpieczonego wskazany w przyjętej przez Ciebie ofercie lub we wniosku o zawarcie umowy.
- Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja lub pokrycie kosztów usług Assistance, wskazanych w tych o.w.u.
 - Wiek pojazdu w dniu zawarcia umowy nie może przekroczyć 18 lat.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

5. Możemy objąć ochroną następujące pojazdy:

- samochody osobowe, o określonej w dowodzie rejestracyjnym liczbie miejsc – nie większej niż 9 osób łącznie z kierowcą – oraz ich bagaż, o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t, w tym samochody kempingowe,
- samochody ciężarowe na nadwoziu osobowego o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t,
- samochody ciężarowe o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t,
- przyczepy kempingowe,
- przyczepy o dopuszczalnej ładowności do 500 kg,
- motocykle,
- motorowery.

6. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wyłącznie interes majątkowy Ubezpieczonego, dzięki czemu zabezpieczamy go przed koniecznością poniesienia kosztów usług w razie gdy dojdzie do zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

Co nie może być przedmiotem ubezpieczenia

7. Nie ubezpieczamy pojazdów, które zgodnie z deklaracją we wniosku o zawarcie umowy lub z założeńiami przyjętej przez Ciebie oferty, są używane:

- jako rekwizyty (służących w przedstawieniach teatralnych, filmie, w telewizji lub imprezach plenerowych),
- do jazd próbnych lub demonstracyjnych,
- podczas rajdów, jazd wyścigowych, jazd off-road (czyli sportu motorowego, który polega na jeździe po terenach innych niż droga twarda), driftu (czyli techniki jazdy pojazdem w kontrolowanym poślizgu) – również tych nieorganizowanych,
- do wynajęcia, w tym pojazdów wynajmowanych zarobkowo przez podmioty prowadzące wypożyczalnie pojazdów oraz pojazdów udostępnianych jako zastępcze w oparciu o inny stosunek prawny niż umowa najmu,
- do transportu towarów niebezpiecznych, o których mowa w ustawie o przewozie towarów niebezpiecznych,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą,
- do nauki jazdy.

8. Jeśli uzyskasz naszą zgodę i opłacisz dodatkową składkę, możemy objąć ochroną pojazdy, które są używane:

- jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą,
- do nauki jazdy.

Gdzie działa ubezpieczenie

9. Ochrona obowiązuje w Polsce oraz europejskich częściach pozostałych europejskich krajów (w tym europejska część Turcji i grecka część Cypru), oprócz Białorusi, Kazachstanu, Mołdawii, Rosji, Ukrainy i Gruzji.

Jak określamy limity odpowiedzialności

10. Limity są określone w umowie. Szczegóły znajdziesz w punktach 11-37. Wynikają one z umowy oraz potwierdzamy je w polisie.

Assistance Maksymalny

Assistance rozszerzony		Zdarzenie										
Świadczenie		awaria	wypadek	pęknięcie przedniej szyby	wandalizm	kradzież	kradzież części pojazdu lub wyposażenia	przebicie opony	brak paliwa	rozładowanie baterii pojazdu elektrycznego	niewłaściwe paliwo	utrata, zatrzęsnięcie kluczyka lub uszkodzenie kluczyka lub innego urządzenia używanego do otwarcia lub uruchomienia pojazdu
naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu ¹		●	●	●	●		●	● ³	● ⁴	●	●	●
holowanie ubezpieczonego pojazdu		●	●	●	●		●	●	●	●	●	●
pojazd zastępczy na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu		do 6 dni, dwa razy w okresie ubezpieczenia	do 10 dni	do 10 dni	do 10 dni	do 10 dni	do 10 dni				do 6 dni, dwa razy w okresie ubezpieczenia	do 6 dni, dwa razy w okresie ubezpieczenia
tych usług nie łączymy	zakwaterowanie w hotelu	●	●	●	●	●	●				●	●
	powrót do miejsca zamieszkania	●	●	●	●	●	●				●	●
usługa mobilności ²		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
usługi informacyjne i usługi concierge		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
powrót po odzyskany po kradzieży ubezpieczony pojazd						●						
holowania przyczepy podłączonej do ubezpieczonego pojazdu		●	●	●	●	●	●				●	
transport zwłok			●									
złomowanie ubezpieczonego pojazdu			125 euro		125 euro							

1 – maks. 1 roboczegodzina 2 – do 100 km
3 – patrz „Wymiana koła w przypadku przebicia opony podczas jazdy” 4 – patrz „Dostarczenie paliwa”

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Co jest objęte ochroną

11. W ramach Assistance Maksymalnego – zapewniamy ochronę w poniższym zakresie:

- naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu,
- holowanie ubezpieczonego pojazdu,
- pojazd zastępczy na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu,
- zakwaterowanie w hotelu
- powrót do miejsca zamieszkania albo kontynuacja podróży,
- usługa mobilności,
- usługi informacyjne i usługi concierge,
- wymiana koła w ubezpieczonym pojeździe w przypadku przebicia opony podczas jazdy tym pojazdem,
- dostarczenie paliwa do ubezpieczonego pojazdu,
- powrót po ubezpieczony pojazd, który został odzyskany po kradzieży,
- holowanie przyczepy, która była podłączona do ubezpieczonego pojazdu,
- transport zwłok,
- złomowanie ubezpieczonego pojazdu.

12. Zapewniamy możliwość korzystania z tych usług w odniesieniu do wszystkich zdarzeń objętych ochroną. Wyjątek stanowi:

- rozładowanie akumulatora w ubezpieczonym pojeździe, w przypadku którego Ubezpieczony może skorzystać z naszej pomocy dwa razy w okresie ubezpieczenia,
- rozładowanie baterii w pojeździe elektrycznym, w przypadku którego Ubezpieczony może skorzystać z naszej pomocy cztery razy w okresie ubezpieczenia,
- dwukrotnie w okresie ubezpieczenia można również skorzystać z pojazdu zastępczego.

Naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu, holowanie ubezpieczonego pojazdu i pojazd zastępczy na czas naprawy

13. Jeśli ubezpieczony pojazd został unieruchomiony i nie nadaje się do jazdy zgodnie z przepisami prawa o ruchu drogowym, zapewnimy usługi wymienione w punktach 14-23. Zrobimy to, jeśli powodem unieruchomienia jest awaria, wypadek, pęknięcie przedniej szyby, wandalizm lub kradzież części ubezpieczonego pojazdu, przebicie opony, brak paliwa lub zatankowanie niewłaściwego paliwa, utrata, zatrząsnięcie wewnątrz ubezpieczonego pojazdu lub uszkodzenie kluczyka lub innego urządzenia służącego do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu

14. Zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdu najbliższego pojazdu pomocy drogowej i jednej roboczogodziny naprawy, jeśli ubezpieczony pojazd może być usprawiony na miejscu do dalszej jazdy przez tą pomoc drogową.

Holowanie ubezpieczonego pojazdu

15. Jeśli ubezpieczony pojazd nie może być naprawiony na miejscu, aby nadawał się do dalszej jazdy:

- zaś powodem unieruchomienia jest rozładowanie akumulatora, przebicie opony lub zatankowanie niewłaściwego paliwa zorganizujemy i pokryjemy koszt jego holowania do warsztatu naprawczego lub do innego wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca, oddalonego o maksymalnie 150 km lub
- z innego powodu objętego ochroną ubezpieczeniową, niż rozładowanie akumulatora, rozładowanie baterii ubezpieczonego pojazdu elektrycznego, przebicie opony lub zatankowanie niewłaściwego paliwa, zorganizujemy i pokryjemy koszt jego holowania do warsztatu naprawczego lub do innego wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca oddalonego o maksymalnie 750 km, gdy zdarzenie ma miejsce poza Polską albo bez limitu kilometrowego dla zdarzeń do których doszło w Polsce, zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania ubezpieczonego pojazdu na wyznaczony przez nas parking strzeżony, jeśli warsztat naprawczy będzie zamknięty, a później do warsztatu naprawczego, po jego otwarciu.

16. Zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania ubezpieczonego pojazdu elektrycznego do najbliższej stacji ładowania lub o ile to możliwe zorganizujemy usługę ładowania za pomocą przenośnej stacji do ładowania. Zrobimy tak, jeżeli w ubezpieczonym pojeździe elektrycznym rozładuje się bateria.

17. Jeśli nie można naprawić ubezpieczonego pojazdu, aby nadawał się do dalszej jazdy w tym samym dniu, zgodnie z życzeniem Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty pojazdu zastępczego. Zrobimy tak we wszystkich przypadkach z wyjątkiem przebitej opony, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym lub braku paliwa – także w razie kradzieży ubezpieczonego pojazdu.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Pojazd zastępczy na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu

18. Pokrywamy koszty wynajmu pojazdu zastępczego:

- 18.1. o klasie niższej o jedną od klasy ubezpieczonego pojazdu, ale nie wyższej niż klasa D- w przypadku samochodów osobowych i ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t,
- 18.2. o klasie nie wyższej niż klasa C – w przypadku ubezpieczonego samochodu elektrycznego,
- 18.3. o klasie A – w przypadku motocykli, motorowerów, przyczep kempingowych, przyczep o dopuszczalnej ładowności do 500 kg.

19. Ubezpieczony może korzystać z pojazdu zastępczego na czas naprawy pojazdu do 6 dni, dwa razy w okresie ubezpieczenia, jeśli dojdzie do awarii, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym, zatankowania niewłaściwego paliwa, utraty, uszkodzenia lub zatrażenia kluczyka lub innego urządzenia używanego do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu.

20. Ubezpieczony może korzystać z pojazdu zastępczego na czas naprawy pojazdu do 10 dni, jeśli dojdzie do wypadku, pęknięcia przedniej szyby, wandalizmu lub kradzieży części ubezpieczonego pojazdu lub jego wyposażenia.

21. Jeśli dojdzie do kradzieży ubezpieczonego pojazdu, Ubezpieczony może korzystać z pojazdu zastępczego przez 10 dni. W takim przypadku Ubezpieczony ma obowiązek przekazać nam zgłoszenie kradzieży na policję (notatka policyjna).

22. Zorganizujemy i pokryjemy koszt podstawienia pojazdu zastępczego. Zorganizujemy i pokryjemy także koszt odbioru pojazdu zastępczego, jednak tylko wówczas, gdy miejsce odbioru pojazdu zastępczego znajduje się w odległości do 50 km od miejsca jego podstawienia.

23. Ubezpieczony podpisuje umowę najmu pojazdu bezpośrednio z wypożyczalnią samochodów, na warunkach wskazanych w umowie najmu.

Zakwaterowanie w hotelu

24. Zgodnie z życzeniem Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszt zakwaterowania w hotelu trzygwiazdkowym (do równowartości kwoty 75 euro za noc za osobę) na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu – maksymalnie do 3 nocy. Ubezpieczony może skorzystać z tej usługi w przypadku wszystkich zdarzeń objętych ochroną, z wyjątkiem przebicia opony, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym lub braku paliwa – także w razie kradzieży ubezpieczonego pojazdu. Aby skorzystać z tej usługi, muszą zostać spełnione łącznie trzy warunki:

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- ubezpieczony pojazd został unieruchomiony w odległości większej niż 50 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w Polsce,
- zorganizowaliśmy holowanie ubezpieczonego pojazdu,
- czas naprawy pojazdu oszacowany przez warsztat naprawczy przekracza 24 godziny lub odholowaliśmy ubezpieczony pojazd na wyznaczony przez nas parking strzeżony z uwagi na godziny pracy warsztatu naprawczego.

Powrót do miejsca zamieszkania albo kontynuacja podróży

25. Zgodnie z życzeniem Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszt:

- powrotu kierowcy i pasażerów do miejsca zamieszkania kierowcy w Polsce albo
- kontynuacji podróży kierowcy i pasażerów do miejsca docelowego, wskazanego przez kierowcę, jeśli miejsce docelowe znajduje się w bliższej odległości od miejsca zdarzenia objętego ochroną niż miejsce zamieszkania kierowcy.

26. Możemy zorganizować powrót do miejsca zamieszkania: pociągami (bilet pierwszej klasy), autobusem bądź samolotem (bilet klasy ekonomicznej) – jeśli odległość od miejsca zamieszkania kierowcy przekracza 750 km. Ubezpieczony może skorzystać z tej usługi w przypadku wszystkich zdarzeń objętych ochroną, z wyjątkiem przebitej opony, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym lub braku paliwa – także w razie kradzieży ubezpieczonego pojazdu. Aby skorzystać z tej usługi muszą być spełnione łącznie dwa warunki:

- zorganizowaliśmy holowanie ubezpieczonego pojazdu oraz
- czas naprawy pojazdu oszacowany przez warsztat naprawczy przekracza 24 godziny lub odholowaliśmy ubezpieczony pojazd na wyznaczony przez nas parking strzeżony z uwagi na godziny pracy warsztatu naprawczego.

27. Ubezpieczony może skorzystać z usługi zakwaterowania w hotelu albo z usługi powrotu do miejsca zamieszkania albo kontynuacji podróży. Nie można łączyć tych usług.

Usługa mobilności

28. Jeśli Ubezpieczony nie może kontynuować jazdy ubezpieczonym pojazdem, zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu kierowcy i pasażerów ubezpieczonego pojazdu z miejsca zdarzenia do innego

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

dowolnego miejsca oddalonego o maksymalnie 100 km od miejsca zdarzenia. Środkiem transportu mogą być: pociąg, autobus lub taksówka. Zapewnimy tę usługę w przypadku wszystkich zdarzeń objętych ochroną.

Usługi informacyjne i usługi concierge

29. W przypadku zaistnienia któregokolwiek ze zdarzeń objętych ochroną Assistance Ubezpieczony może do nas zadzwonić i zapytać o:

- warunki drogowe,
- warsztaty samochodowe i wypożyczalnię pojazdów,
- informacje o możliwości naprawy i wynajmu pojazdów,
- najbliższe stacje benzynowe, stacje ładowania pojazdów elektrycznych,
- najbliższe zakłady wulkanizacyjne,
- postępowanie w razie wypadku i instrukcje dotyczące wypełniania europejskiego formularza protokołu wypadku drogowego.

30. Może też poprosić o:

- rezerwację biletów samolotowych lub pociągowych,
- rezerwację hoteli,
- zamówienie taksówki.

Ubezpieczony pokrywa koszty organizowanych świadczeń.

Wymiana koła w ubezpieczonym pojeździe po przebicium opony

31. W razie przebicia jednej opony podczas jazdy ubezpieczonym pojazdem, zorganizujemy na miejscu zdarzenia i pokryjemy koszt wymiany koła, które znajduje się na wyposażeniu ubezpieczonego pojazdu.

32. W razie przebicia podczas jazdy więcej niż jednej opony lub w razie braku w ubezpieczonym pojeździe sprawnego koła zapasowego, zorganizujemy i pokryjemy koszt holowania ubezpieczonego pojazdu do warsztatu naprawczego lub innego wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca oddalonego od miejsca zdarzenia o maksymalnie 150 km lub do zakładu wulkanizacyjnego.

Dostarczenie paliwa

33. Jeśli podczas jazdy ubezpieczonym pojazdem zabraknie paliwa, zorganizujemy i pokryjemy koszt dostarczenia do niego paliwa w ilości wystarczającej, aby dojechać do najbliższej stacji benzynowej. Nie pokrywamy kosztów dostarczonego paliwa.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Powrót po odzyskany po kradzieży pojazd

34. Jeśli po kradzieży ubezpieczonego pojazdu zostanie on odzyskany, zorganizujemy i pokryjemy koszt podróży właściciela pojazdu lub osoby przez niego upoważnionej do miejsca, w którym pojazd ten się znajduje. Możemy zorganizować tę podróż: pociągami (bilet pierwszej klasy), autobusem bądź samolotem (bilet klasy ekonomicznej) – jeśli odległość przekracza 750 km.

Holowanie przyczepy, podczepionej do ubezpieczonego pojazdu

35. Jeśli ubezpieczony pojazd został skradziony albo jest unieruchomiony i nie nadaje się do jazdy, a ciągnął on przyczepę, zorganizujemy i pokryjemy koszt holowania przyczepy do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego. W przypadku zdarzeń zaistniałych poza Polską wskazane miejsce może być oddalone o maksymalnie 750 km od miejsca zdarzenia. Zrobimy tak we wszystkich przypadkach z wyjątkiem przebitej opony, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym lub braku paliwa. Aby skorzystać z tej usługi, muszą zostać spełnione następujące warunki:

- zorganizowaliśmy holowanie ubezpieczonego pojazdu lub
- skradziony ubezpieczony pojazd nie został odnaleziony w ciągu 48 godzin od chwili zgłoszenia kradzieży na policję.

Transport zwłok

36. Jeśli dojdzie do śmierci kierowcy lub któregośkolwiek z pasażerów ubezpieczonego pojazdu w wypadku, zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu zwłok (trumny lub urny) do miejsca pochówku w Polsce.

Złomowanie ubezpieczonego pojazdu

37. W przypadku zalania, spalenia lub całkowitego zniszczenia ubezpieczonego pojazdu w wyniku wypadku lub wandalizmu zwrócimy poniesione przez Ubezpieczonego koszty złomowania ubezpieczonego pojazdu do równowartości kwoty 125 euro. Ubezpieczony ma obowiązek przekazać nam dowód zapłaty za usługę.

Co nie jest objęte ochroną

38. Nie pokrywamy następujących szkód ani kosztów:

- 38.1. wynikających z samookaleczenia lub samobójstwa kierowcy ubezpieczonego pojazdu,
- 38.2. postoju na parkingu ubezpieczonego pojazdu, z wyjątkiem przypadku, w którym zorganizowaliśmy holowanie na parking strzeżony,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 38.3. paliwa, opłat drogowych, promu, cła, grzywnien, ładowania pojazdów elektrycznych,
- 38.4. materiałów lub części zamiennych użytych do naprawy lub diagnostyki ubezpieczonego pojazdu oraz naprawy pojazdu w warsztacie naprawczym,
- 38.5. świadczeń w stosunku do osób przewożonych w ubezpieczonym pojeździe za opłatą,
- 38.6. w ładunkach lub przedmiotach przewożonych przez ubezpieczony pojazd,
- 38.7. poniesionych, jeśli ubezpieczony pojazd nie jest zarejestrowany w Polsce,
- 38.8. utraty dochodu przez kierowcę lub pasażerów ubezpieczonego pojazdu,
- 38.9. utraty dochodu z tytułu transportu pasażerów za opłatą,
- 38.10. rekompensaty za urazy doznane przez kierowcę lub pasażerów ubezpieczonego pojazdu.
- 38.11. kosztu zakupu lub wymiany kluczyka lub innego urządzenia służącego do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu,
- 38.12. kosztu zakupu nowych opon i pasów bezpieczeństwa w ubezpieczonym pojeździe,
- 38.13. wszelkich kosztów hotelowych dla osób uprawnionych do otrzymania świadczenia, z wyjątkiem kosztów samego zakwaterowania.

39. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w świadczeniu usługi spowodowane:

- 39.1. strajkami, zamieszkami, aktami terroru, wojną, wojną domową lub skutkami działania energii jądrowej,
- 39.2. siłą wyższą, której następstwa uniemożliwiają lub opóźniają wykonanie usługi Assistance.

Wyłączenia ogólne

W tym rozdziale wskazujemy, czego dodatkowo nie obejmujemy ochroną w Assistance Maksymalnym



[→ Spis treści](#)

2.2 WYŁĄCZENIA OGÓLNE

40. Nie obejmujemy ochroną szkód, które powstały na skutek wskazanych niżej okoliczności:

- 40.1. Sytuacje, w których nie było związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zdarzeniem objętym przez nas ochroną ubezpieczeniową a szkodą.
- 40.2. Szkody lub zdarzenia spowodowane umyślnym działaniem Twoim lub Ubezpieczonego, na rachunek którego zawarłeś umowę, w sytuacji szkód spowodowanych rażącym niedbalstwem Twoim lub Ubezpieczonego, na rachunek którego zawarłeś umowę, jesteśmy wolni od odpowiedzialności, chyba że wypłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
- 40.3. Szkody lub zdarzenia spowodowane umyślnie przez osobę, z którą Ty lub Ubezpieczony, na rachunek którego zawarłeś umowę, pozostajecie we wspólnym gospodarstwie domowym.
- 40.4. Szkody lub zdarzenia, do których doszło podczas prowadzenia ubezpieczonego pojazdu przez: Ubezpieczonego, użytkownika ubezpieczonego pojazdu, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym w stanie pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków narkotycznych. Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli pozostawanie w tym stanie spowodowało szkody lub zdarzenia.
- 40.5. Szkody lub zdarzenia spowodowane przez: Ubezpieczonego, użytkownika ubezpieczonego pojazdu, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, jeśli osoby te nie posiadały w chwili wypadku uprawnień do kierowania ubezpieczonym pojazdem wymaganych prawem kraju, na terenie którego doszło do zdarzenia. Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli nie spowodowało to szkody lub zdarzenia. Zastosujemy je, gdy kierowca prowadzi ubezpieczony pojazd przeznaczony do nauki jazdy w ramach kursu przygotowującego do egzaminu na prawo jazdy lub lekcji doszkalających przed tym egzaminem oraz podczas tego egzaminu, a we wniosku lub w przyjętej przez Ciebie ofercie nie został wskazany taki sposób użytkowania ubezpieczonego pojazdu.
- 40.6. Szkody lub zdarzenia, do których doszło podczas kierowania ubezpieczonym pojazdem, który nie posiadał wymaganego ważnego okresowego badania technicznego. Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli stan techniczny pojazdu nie spowodował szkody lub zdarzenia.
- 40.7. Szkody lub zdarzenia, do których doszło podczas używania ubezpieczonego pojazdu jako narzędzia przestępstwa przez: Ubezpieczonego, użytkownika ubezpieczonego pojazdu, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym. Czyn

2.2 WYŁĄCZENIA OGÓLNE

ten musi stanowić przestępstwo według prawa miejsca zdarzenia. To oznacza, że którakolwiek z tych osób posłużyła się ubezpieczonym pojazdem:

- w celu popełnienia przestępstwa umyślnego,
- podczas użycia ubezpieczonego pojazdu do ucieczki przed zatrzymaniem przez uprawnione organy.

Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli nie spowodowało to szkody lub zdarzenia.

- 40.8. Szkody lub zdarzenia powstałe w ubezpieczonym pojeździe w trakcie używania go przez Ubezpieczonego, użytkownika ubezpieczonego pojazdu, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym:

- jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą, chyba że uzyskasz naszą zgodę i opłacisz dodatkową składkę,
- do nauki jazdy, chyba że uzyskasz naszą zgodę i opłacisz dodatkową składkę.

Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli nie spowodowało to szkody lub zdarzenia.

- 40.9. Szkody lub zdarzenia spowodowane:

- wydarzeniami wojennymi, nacjonalizacją, konfiskatą, przywłaszczeniem, rekwizycją ubezpieczonego pojazdu,
- aktami terroru,
- zamieszkami,
- użyciem ubezpieczonego pojazdu do blokad dróg lub akcji protestacyjnych,
- użyciem ubezpieczonego pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska i policji.

Obowiązki Twoje i ubezpieczonego

W tej części znajdziesz informacje
o tym, jakie są Twoje i nasze obowiązki
związane z ochroną ubezpieczeniową.

2.3

[→ Spis treści](#)

Obowiązki Twoje lub ubezpieczonego

Gdy zawierasz umowę masz obowiązki:

41. Masz obowiązek ujawnić nam wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytaliśmy Cię we wniosku o zawarcie umowy albo w innych pismach przed zawarciem umowy. Jeśli zawierasz umowę przez przedstawiciela, na nim także spoczywa ten obowiązek i obejmuje ponadto jemu znane okoliczności. Jeśli nie otrzymamy odpowiedzi na poszczególne pytania, a mimo to zawrzemy z Tobą umowę, to uznajemy, że pominięte okoliczności nie były istotne. Jeśli w czasie trwania umowy okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy zmieniają się, masz obowiązek poinformować nas o tym niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

42. Jeśli zawrzesz umowę na cudzy rachunek, obowiązki te spoczywają zarówno na Tobie, jak i na Ubezpieczonym. Wyjątkiem są sytuacje, gdy Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

43. Nie odpowiadamy za skutki okoliczności, o których nie wiedzieliśmy, pomimo, że miałeś obowiązek nas o nich poinformować. Jeśli Ty lub Ubezpieczony umyślnie nie ujawniliście nam tych okoliczności, w razie wątpliwości przyjmujemy, że objęte ochroną zdarzenie i jego następstwa są skutkiem okoliczności, których nam nie ujawniono.

44. Ubezpieczony ma prawo uzyskać od nas informacje o postanowieniach umowy, które dotyczą jego praw i obowiązków.

45. Każde oświadczenie, które do nas wysyłasz, powinno zawierać Twoje dane, które pomogą nam Cię zidentyfikować.

Gdy dojdzie do szkody Ubezpieczony ma obowiązek:

46. Użyć dostępnych środków, aby ratować przedmiot ubezpieczenia oraz zapobiec szkodzie lub zmniejszyć jej rozmiary. Jeśli Ty lub Ubezpieczony umyślnie lub przez rażące niedbalstwo nie dopełnicie tego obowiązku, nie odpowiemy za szkody powstałe z tego powodu lub za te, których rozmiar powiększył się z tego powodu. Jesteśmy przy tym zobowiązani, w granicach sumy ubezpieczenia, zwrócić koszty wynikłe

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

z zastosowania tych środków, jeżeli środki te były celowe – nawet jeśli okazały się bezskuteczne.

47. Zawiadomić nas o zdarzeniu – ten obowiązek dotyczy również Ubezpieczonego, jeśli wiedział on o zawarciu umowy na jego rachunek. Terminy zawiadomień są wskazane w punkcie 55. Jeśli Ty lub Ubezpieczony (o ile wie o zawarciu umowy na jego rachunek) umyślnie lub przez rażące niedbalstwo nie poinformujecie nas o zdarzeniu, możemy odpowiednio zmniejszyć wypłacane odszkodowanie, gdy miało to wpływ na zwiększenie szkody lub nie pozwoliło nam ustalić okoliczności i skutków zdarzenia. Skutki braku zawiadomienia nas o wypadku nie następują, jeżeli w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymaliśmy wiadomość o okolicznościach, które należało podać do naszej wiadomości.

48. Zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

49. Przekazać nam kopię notatki policyjnej, jeśli doszło do kradzieży ubezpieczonego pojazdu.

Gdy dojdzie do szkody mamy obowiązek:

50. Zrealizować wszystkie należne świadczenia.

51. Poinformować Ubezpieczonego o zakończeniu procesu likwidacji szkody.

52. Poinformować Ubezpieczonego, jeśli nie będziemy w stanie wywiązać się z terminów zakończenia procesu likwidacji szkody. Szczegóły znajdują się w rozdziale Terminy realizacji świadczenia.

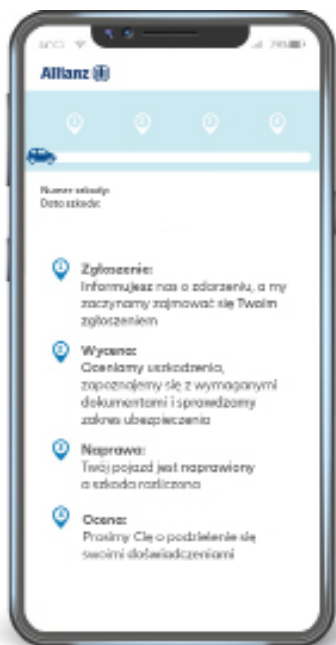
53. Wypłacić należne odszkodowania i świadczenia w złotych. Jeśli kwota jest wyrażona w euro lub innej walucie obcej, wysokość wypłacanej kwoty ustalamy przy zastosowaniu średniego kursu Narodowego Banku Polskiego na dzień wymagalności roszczenia.

Szkoda – i co dalej?

Gdy pojawia się szkoda nie jest to przyjemne. Jednak proces jej zgłoszenia i obsługi może być prosty. Niestety, szkody się zdarzają.

2.4

Proces likwidacji szkody



Gdy dojdzie do szkody



Ocena szkody



Zasady wypłaty odszkodowania



Informacja zwrotna

54. W razie szkody Ubezpieczony powinien:

- 54.1. zapewnić bezpieczeństwo na drodze (włączyć światła awaryjne, rozłożyć trójkąt ostrzegawczy, użyć kamizelki odblaskowej),
- 54.2. zapewnić pierwszą pomoc, a jeśli jest taka potrzeba – wezwać pogotowie,

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

- 54.3. wezwać policję, jeśli zdarzył się wypadek, który mógł stanowić przestępstwo lub w którym zostali ranni lub zginęli ludzie,
- 54.4. jeśli potrzebuje holowania, zadzwonić pod numer Assistance 224 224 224.



Gdy dojdzie do szkody

55. Po podjęciu działań, które zapewniają bezpieczeństwo na drodze, Ubezpieczony (o ile wie o zawarciu umowy na jego rachunek) powinien zgłosić szkodę. Powinien to zrobić niezwłocznie po jej wystąpieniu – nie później niż 24 godziny licząc od dnia szkody lub dnia, w którym Ubezpieczony dowiedział się o zdarzeniu, które ją wywołało.

56. Aby zrealizować świadczenie powinniśmy wiedzieć, że doszło do zdarzenia, które obejmujemy ochroną. Najszybszym sposobem, w jakim można powiadomić nas o szkodzie, jest:

- 56.1. zgłoszenie przez formularz na naszej stronie www.allianz.pl,
- 56.2. skontaktowanie się z nami telefonicznie pod numerem 224 224 224.

57. Ubezpieczony powinien podać nam informacje niezbędne do ustalenia przyczyny, zakresu i rodzaju szkody, a w szczególności o zgłaszającym szkodę, pojeździe, wypadku i szkodzie.

58. Jeśli Ubezpieczony podczas zgłaszania szkody umyślnie poda nam nieprawdziwe informacje o przyczynach, zakresie szkody lub umyślnie nie poda nam pełnych informacji, możemy – w zakresie, w jakim Ubezpieczony to spowodował:

- 58.1. żądać zwrotu poniesionych przez nas kosztów ustalenia przyczyny szkody,
- 58.2. zmniejszyć kwotę wypłacanego odszkodowania,
- 58.3. odmówić realizacji świadczenia.



Ocena szkody

59. Zanim zrealizujemy świadczenie, konieczna jest jego ocena.

60. Aby przyspieszyć proces likwidacji szkody poprosimy Cię lub Ubezpieczonego, byście przekazali nam w wersji elektronicznej dokumenty niezbędne do przeprowadzenia likwidacji szkody, np.:

- 60.1. dokument, który opisuje okoliczności powstania wypadku,
- 60.2. notatkę policyjną (jeżeli taka została sporządzona).



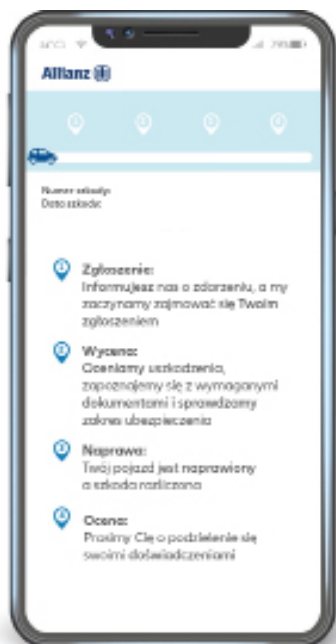
Zasady wypłaty odszkodowania

61. Świadczenie realizujemy na rzecz:

- 61.1. Ubezpieczonego lub osoby przez niego upoważnionej lub
- 61.2. spadkobierców Ubezpieczonego lub
- 61.3. następców prawnych osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej.

62. Zwróć uwagę, że zgłoszenie szkody może spowodować wzrost przy-
sătorocznej składki w umowie ubezpieczenia.

Proces likwidacji szkody



Sposób realizacji świadczeń



Terminy realizacji świadczeń



Roszczenie regresowe



Umowa po szkodzie



Sposób realizacji świadczeń

63. Zwrócimy Ubezpieczonemu poniesione koszty usługi Assistance. Wypłacimy je w zakresie określonym w umowie – maksymalnie do wysokości limitów tam określonych. Koszty te zwracamy, gdy:

- 63.1. Ubezpieczony z przyczyn niezależnych od siebie lub z powodu siły wyższej (której następstwa spowodowały niemożność lub opóźnienie w zgłoszeniu nam zdarzenia ubezpieczeniowego) nie zgłosił zdarzenia objętego ochroną i skorzystał ze świadczeń Assistance zorganizowanych samodzielnie, bez naszego udziału lub
- 63.2. zdarzenie objęte ochroną miało miejsce na autostradzie, a Ubezpieczonemu pomogły służby drogowe dedykowane do obsługi autostrady.



Terminy realizacji świadczeń

64. Spełnimy świadczenie w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu. Jeżeli w tym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia okaże się niemożliwe, świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności będzie możliwe wyjaśnienie tych okoliczności.

65. Spełnimy bezsporną część świadczenia w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.



Roszczenia regresowe

66. Roszczenie regresowe polega na tym, że jeśli wypłacimy odszkodowanie, mamy prawo dochodzić jego zwrotu od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody. Roszczenia regresowego dochodzimy na poniższych zasadach:

- 66.1. Z dniem, w którym wypłacimy odszkodowanie, roszczenie wobec osoby odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na nas do wysokości wypłaconej kwoty. W sytuacji, gdy pokryliśmy szkodę jedynie w części, Ubezpieczony ma pierwszeństwo zaspokojenia przed naszymi roszczeniami.
- 66.2. Nie przechodzą na nas roszczenia wobec osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
- 66.3. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony jest zobowiązany zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

Jakie są najważniejsze części umowy

W tej części informujemy o składce,
warunkach ubezpieczenia oraz sposobie,
w jaki może dojść do rozwiązania umowy.

2.5

[→ Spis treści](#)

Opłacanie składek

67. Wysokość składki określamy na podstawie wysokości taryfy, która obowiązuje w dniu zawarcia umowy lub aneksu do umowy. Elementy, które mają wpływ na składkę to: wartość rynkowa ubezpieczonego pojazdu, suma ubezpieczenia, rodzaj ubezpieczenia, marka i model ubezpieczonego pojazdu oraz inne czynniki konieczne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Pytamy Cię o nie we wniosku o zawarcie umowy lub wskazujemy w przyjętej przez Ciebie ofercie bądź aneksie do umowy. Na wysokość składki mają też wpływ zniżki, które przyznajemy w danym okresie. Taryfa składek uwzględnia spadek wartości rynkowej ubezpieczonego pojazdu następujący wraz z upływem czasu. Tym samym nie ma zastosowania zwrot składki w wypadku zmniejszenia się wartości ubezpieczonego pojazdu w okresie obowiązywania umowy.

68. Jesteś zobowiązany opłacać składkę.

69. Jeśli zawarłeś z nami roczną umowę, składkę możesz opłacić jednorazowo lub w ratach. Wysokość składki i terminy jej zapłaty określiliśmy w polisie.

70. Składkę możesz opłacić:

- przelewem bankowym lub korzystając z usługi płatniczej,
- przekazem pocztowym,
- kartą płatniczą,
- gotówką.

Za datę wpłaty przyjmiemy datę zlecenia przelewu w banku, nadania przekazu, płatności kartą lub zapłacenia składki uprawnionemu pośrednikowi ubezpieczeniowemu.

71. Jeśli zapłacisz kwotę niższą niż to wynika z umowy, uznamy, że składka lub jej rata nie została opłacona.

72. Jeśli nasza odpowiedzialność się rozpoczęła, a Ty nie opłaciłeś składki lub jej pierwszej raty terminowo, mamy prawo wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. Zażądamy wtedy zapłaty składki za okres naszej odpowiedzialności. Jeśli umowa nie zostanie rozwiązana w tym trybie, wygasa ona wraz z końcem okresu, za który miałeś obowiązek

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

zapłacić tę składkę. Mamy wtedy prawo do składki za cały okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

73. Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie, jeśli nie opłacisz raty kolejnej składki w kwocie i terminie, które określa umowa, mimo że wystaliśmy Ci wezwanie po upływie terminu jej płatności. W tym wezwaniu:

- wskażemy wysokość nieopłaconej raty składki oraz dodatkowy 7-dniowy termin zapłaty
- pouczymy Cię, że jej brak spowoduje ustanie ochrony ubezpieczeniowej.

Jeśli nie wyślemy Ci takiego wezwania, ochrona ubezpieczeniowa nie wygasa, a nam przysługuje prawo do składki za cały okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

74. Jeśli z umowy wynika, że ochrona rozpoczyna się nie wcześniej niż z dniem zapłaty składki lub jej pierwszej raty, a zapłaciłeś składkę lub jej pierwszą ratę po dacie początku ochrony wskazanej w polisie, wówczas przysługuje Ci zwrot składki proporcjonalnie do skróconego okresu ochrony z powodu Twojego opóźnienia. W tej sytuacji ochrona wygasa z dniem wskazanym w polisie.

75. Kiedy wystąpi zdarzenie ubezpieczeniowe, które powoduje obowiązek spełnienia świadczenia, wyczerpującego sumę ubezpieczenia – pozostała do zapłaty składka staje się natychmiast wymagalna. Możemy potrącić z kwoty należnego odszkodowania wymagalną składkę, która pozostała do zapłaty – o ile jesteś równocześnie Ubezpieczonym.

76. Jeśli ochrona wygaśnie przed końcem okresu, na który była zawarta umowa, masz prawo do zwrotu składki w wysokości proporcjonalnej do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej.

77. Gdy odstąpisz od umowy, przysługuje Ci zwrot składki.

78. W razie rozwiązania umowy przysługuje nam składka za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

79. Jeśli dojdzie do ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zarówno Ty jak i my możemy zażądać zmiany wysokości składki od momentu, w którym wystąpiła ta okoliczność, ale nie wcześniej niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. Jeśli z takim żądaniem

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

wystąpi jedna ze stron umowy, druga strona może wypowiedzieć umowę w ciągu 14 dni ze skutkiem natychmiastowym.

Okres obowiązywania umowy

80. Nasza odpowiedzialność z tytułu umowy rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie oraz potwierdzonym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Jednak – o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej – nie rozpocznie się ona wcześniej niż od następnego dnia po tym, jak zapłacisz składkę lub jej ratę.

Zawarcie umowy

81. O ile Ty i my (strony) nie ustalimy inaczej, to umowę zawieramy na rok (okres ubezpieczenia). Data początku okresu ochrony w ubezpieczeniu Assistance Maksymalny jest taka sama jak w przypadku umowy głównej.

82. Na podstawie tych o.w.u. Ty i my jesteśmy uprawnieni, za naszą wspólną zgodą, do zawarcia umowy na kolejny okres ubezpieczenia.

83. Przed zawarciem umowy otrzymasz od nas te o.w.u.

84. Umowę zawieramy z Tobą na Twój wniosek. Składasz go u naszego przedstawiciela lub za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość. Wniosek stanowi integralną część umowy. Umowa może być też zawarta poprzez przyjęcie przez Ciebie warunków złożonej przez nas oferty. Przed zawarciem umowy na odległość dodatkowo udostępnimy Ci regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną.

85. Zawarcie umowy potwierdzamy wystawiając polisę.

86. Możemy sprawdzić dane dotyczące identyfikacji i stanu technicznego pojazdu lub wyposażenia oraz własności pojazdu i dokumenty zaświadczające opłacenie podatków w przypadku pojazdu niezarejestrowanego i wwiezionego do Polski. Robimy to, aby ocenić ryzyko ubezpieczeniowe. W tym celu możemy poprosić Ciebie lub Ubezpieczonego,

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

abyście dostarczyli pojazd i niezbędne dokumenty (dokumenty zakupu, stanu technicznego, zaświadczające opłacenie podatków) w uzgodnione wspólnie miejsce.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

87. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- 87.1. z dniem rozwiązywania umowy głównej,
- 87.2. z upływem ostatniego dnia okresu, na jaki zawarliśmy umowę (okres ubezpieczenia),
- 87.3. z dniem przeniesienia prawa własności ubezpieczonego pojazdu, z wyjątkiem sytuacji, gdy przechodzi on na Twoją własność jako leasingobiorcy lub kredytobiorcy, a w polisie byłeś dotychczas zarówno Ubezpieczającym, jak i użytkownikiem,
- 87.4. z dniem wyrejestrowania ubezpieczonego pojazdu lub jego demontażu,
- 87.5. z dniem rejestracji ubezpieczonego pojazdu za granicą Polski,
- 87.6. z dniem Twojego odstąpienia od umowy,
- 87.7. z dniem wypowiedzenia umowy przez Ciebie lub przez nas w sytuacjach, o których mowa w tych o.w.u.,
- 87.8. z dniem wypłaty odszkodowania za kradzież ubezpieczonego pojazdu (wyjątkiem jest zabór ubezpieczonego pojazdu w celu krótkotrwałego użycia, według art. 289 kodeksu karnego).

Odstąpienie od umowy

88. Jeśli umowa łącząca Cię z nami jest zawarta na dłużej niż 6 miesięcy, możesz odstąpić od niej w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeśli jesteś przedsiębiorcą, możesz to zrobić w ciągu 7 dni od zawarcia umowy. Nie musisz podawać przyczyn odstąpienia. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Cię z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym zapewnialiśmy ochronę ubezpieczeniową.

89. Jeśli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia umowy nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od umowy, termin 30 dni na odstąpienie od umowy liczony jest od dnia, w którym dowiesz się o tym prawie.

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

90. Jeśli jesteś konsumentem i zawrzesz umowę przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (np. internet), termin, w którym możesz odstąpić od umowy, wynosi 30 dni od dnia, w którym poinformowaliśmy Cię o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy o prawach konsumenta (liczy się termin późniejszy). Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. Nie musisz podawać przyczyn odstąpienia.

91. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy wyślij nam najpóźniej w ostatnim dniu terminu, w którym masz prawo do odstąpienia.

Wypowiedzenie umowy

92. Możemy wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym z następujących ważnych powodów:

- 92.1. po zawarciu umowy ubezpieczenia wyjdą na jaw istotne rozbieżności pomiędzy Twoimi oświadczeniami zawartymi we wniosku o zawarcie umowy a stanem faktycznym,
- 92.2. jeśli Ty lub Ubezpieczony (jeśli ubezpieczenie zostało zawarte na cudzy rachunek) podejmiecie próbę celowego wytudzenia od nas świadczenia ubezpieczeniowego,
- 92.3. gdy dowiemy się, że ubezpieczony pojazd nie jest własnością Ubezpieczonego – niezgodnie z Twoją deklaracją we wniosku o zawarcie umowy lub stanem opisanym w przyjętej przez Ciebie ofercie,
- 92.4. gdy dowiemy się, że zmieniłeś sposób użytkowania ubezpieczonego pojazdu na którykolwiek ze wskazanych w punkcie 7.

Jak złożyć reklamację, skargę lub zażalenie

93. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:

- 93.1. na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

- 93.2. ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
- 93.3. elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.

94. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.

95. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określmy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.

96. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.

97. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

Jak inaczej można rozwiązać spór

98. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

99. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

100. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Obowiązujące przepisy prawa

101. Jeśli jakieś kwestie nie są uregulowane w umowie lub w tych o.w.u., zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego i inne przepisy prawa polskiego.

102. Stosujemy język polski w relacjach wynikających z tych o.w.u.

Właściwość sądów

103. Pozew, który dotyczy umowy lub z niej wynika, można wnieść do sądu:

- 103.1. właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego albo
- 103.2. właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy,
- 103.3. właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy.

Definicje

W tym rozdziale wyjaśnimy pojęcia, których używamy w przewodniku, a w szczególności w o.w.u.

2.6

[→ Spis treści](#)

A

Awaria

nieoczekiwana niesprawność ubezpieczonego pojazdu pochodzenia mechanicznego, elektrycznego lub elektronicznego, która powoduje jego unieruchomienie lub:

- rozładowanie akumulatora,
- niesprawność oświetlenia zewnętrznego pojazdu,
- niesprawność wycieraczek,
- niesprawność pasów bezpieczeństwa,
- niesprawność alarmu.

K

Kradzież

przestępstwo opisane w kodeksie karnym jako:

- zabór cudzej rzeczy ruchomej w celu przywłaszczenia – art. 278,
- zabór cudzej rzeczy z włamaniem – art. 279,
- zabór cudzej rzeczy przy użyciu przemocy lub groźby jej użycia albo doprowadzeniu człowieka do stanu nieprzytomności lub bezbronności w celu kradzieży mienia – art. 280.

O

Oferta

złożona Tobie przez Allianz oferta zawarcia umowy ubezpieczenia. Oferta jest składana na podstawie informacji wcześniej otrzymanych od Ciebie.

Osoba trzecia

osoba pozostająca poza stosunkiem ubezpieczenia, który wynika z zawartej z nami umowy.

P

Pojazd

środek transportu lądowego, który może poruszać się po drogach publicznych, zarejestrowany w Polsce na podstawie przepisów prawa o ruchu drogowym.

Pojazd zastępczy

pojazd udostępniony Ubezpieczonemu, gdy ubezpieczony pojazd zostanie unieruchomiony w wyniku zdarzenia, które jest objęte ochroną. Opłacimy koszty najmu zgodnie z zakresem ochrony ubezpieczeniowej i limitami określonymi w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Warunki udostępnienia pojazdu zastępczego określa dostawca usługi wynajmu pojazdu.

Polska

Rzeczpospolita Polska.

Przywłaszczenie

przestępstwo opisane w art. 284 kodeksu karnego jako przywłaszczenie sobie cudzej lub powierzonej rzeczy ruchomej.

S

Siła wyższa

nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od nas, Ciebie lub Ubezpieczonego, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków.

Stan pod wpływem alkoholu

stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia 0,2 promila alkoholu lub więcej, lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi lub prowadzi do stężenia 0,1 mg lub więcej.

Stan pod wpływem środków narkotycznych

stan po użyciu środków odurzających lub po użyciu substancji psychotropowych lub po użyciu środków zastępczych lub po użyciu nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Systemy eksperckie

systemy informatyczne: Audatex, Eurotax, Info-Ekspert, DAT. Wykorzystujemy je, aby kalkulować koszty naprawy i wyceniać wartość pojazdów, również pojazdów uszkodzonych. Nazwę systemu eksperckiego, na podstawie którego ustaliliśmy wartość ubezpieczonego pojazdu w dniu zawarcia umowy, znajdziesz we wniosku o zawarcie umowy lub w w przyjętej przez Ciebie ofercie i na polisie.

2.6 DEFINICJE

U

Ubezpieczający, Ty

osoba, która zawarła z nami umowę i zobowiązała się do opłacania składek.

Ubezpieczony

osoba, której dobra chronimy na podstawie umowy. W zależności od naszego świadczenia: kierowca lub każdy z pasażerów znajdujący się w ubezpieczonym pojeździe w momencie zaistnienia zdarzenia objętego udzielaną przez nas ochroną.

Ubezpieczony pojazd

pojazd, wskazany we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i w polisie.

Umowa

umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia Assistance Maksymalny wchodzących w skład tego przewodnika.

Umowa główna

Umowa ubezpieczenia zawarta z nami na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia Przewodnik po ubezpieczeniu Mój samochód

Unieruchomienie

stan ubezpieczonego pojazdu, uniemożliwiający jego dalsze, bezpieczne i zgodne z obowiązującymi przepisami ruchu drogowego użytkowanie na drogach publicznych.

Użytkownik pojazdu

osoba, która posiada dokumenty ubezpieczonego pojazdu oraz klucz/kartę/sterownik lub pilot do jego otwarcia lub uruchomienia i otrzymała je za zgodą i wiedzą właściciela ubezpieczonego pojazdu lub innej osoby, która ma prawo nim rozporządzać. Użytkownikiem pojazdu jest przede wszystkim:

- korzystający z ubezpieczonego pojazdu na podstawie umowy leasingu, pożyczkobiorca albo kredytobiorca, któremu bank oddał przełączony pojazd do używania,
- inna osoba, która faktycznie włada ubezpieczonym pojazdem za zgodą właściciela, zwłaszcza

na podstawie umowy użyczenia, przechowania, komisu lub w ramach stosunku pracy,

- osoba, która faktycznie włada ubezpieczonym pojazdem za zgodą osoby, o której mowa w dwóch poprzednich punktach.

W

Wandalizm

umyślne zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego pojazdu lub jego części przez osoby trzecie.

Warsztat naprawczy

warsztat zlokalizowany najbliżej miejsca zdarzenia objętego ochroną i rekomendowany przez nas. Można wybrać inny warsztat, jeśli odległość pomiędzy miejscem zdarzenia ubezpieczonego a warsztatem wybranym przez Ciebie, jest mniejsza niż odległość między miejscem zdarzenia ubezpieczeniowego a warsztatem naprawczym rekomendowanym przez nas.

Wartość rynkowa pojazdu

wartość ubezpieczonego pojazdu ustalamy na podstawie notowań rynkowych pojazdu danej marki, typu i roku produkcji w systemie eksperckim. Uwzględniamy w niej korekty, zwłaszcza związane z: wyposażeniem pojazdu (standardowym i dodatkowym, które wskazałeś we wniosku o zawarcie umowy), przebiegiem, stanem technicznym, okresem eksploatacji pojazdu, wcześniejszymi naprawami, liczbą właścicieli, sposobem jego poprzedniego użytkowania. Wartość rynkowa pojazdu:

- brutto – zawiera podatek VAT,
- netto – nie zawiera podatku VAT,
- netto + 50% VAT – zawiera 50% podatku VAT.

Wiek pojazdu

różnica lat między rokiem zawarcia umowy a rokiem produkcji ubezpieczonego pojazdu.

Wypadek

zdarzenie, którego skutkiem jest uszkodzenie lub zniszczenie ubezpieczonego pojazdu spowodowane przez:

- kolizję ubezpieczonego pojazdu z innym pojazdem, uczestnikiem ruchu drogowego,

2.6 DEFINICJE

przedmiotem lub zwierzęciem znajdującym się na zewnątrz ubezpieczonego pojazdu,

- pożar, implozję, eksplozję,
- huragan, grad, uderzenie pioruna, powódź, osunięcie się ziemi lub zapadnięcie ziemi, lawiny lub działanie innych sił przyrody,
- działanie czynnika termicznego i chemicznego pochodzącego spoza ubezpieczonego pojazdu,
- utratę możliwości poruszania się ubezpieczonego pojazdu wynikającą z najechania na przedmiot w taki sposób, że koła ubezpieczonego pojazdu nie mają wystarczającej styczności z nawierzchnią,
- opuszczenie drogi w wyniku utraty panowania nad ubezpieczonym pojazdem.

Wypożyczenie pojazdu

sprzęt i urządzenia, które są własnością Ubezpieczonego i służą:

- do utrzymania lub używania ubezpieczonego pojazdu zgodnie z jego przeznaczeniem,
- bezpieczeństwu jazdy,
- zabezpieczeniu ubezpieczonego pojazdu przed kradzieżą.

Wypożyczenie ubezpieczonego pojazdu musi być zamontowane na stałe: nie można go zdekontować bez użycia narzędzi mechanicznych – z wyjątkiem przypadków, które wskazujemy w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Za wyposażenie pojazdu uznajemy:

- wyposażenie standardowe, które producent pojazdu montuje standardowo w warunkach montażu fabrycznego lub generalny importer pojazdu do Polski montuje w pojazdach danej marki, modelu i wersji,
- w przypadku pojazdów elektrycznych wyposażenie standardowe to też wallbox (urządzenie

przeznaczone do ładowania pojazdów elektrycznych), kabel do ładowania pojazdów elektrycznych które chronimy w zakresie przypadkowego uszkodzenia wpływającego na prawidłową funkcjonalność urządzenia, kradzieży i wandalizmu oraz w wyniku działania zwierząt (za wyjątkiem kolizji ze zwierzęciem),

- wyposażenie dodatkowe, które producent pojazdu montuje dodatkowo w warunkach montażu fabrycznego lub generalny importer pojazdu do Polski montuje w pojazdach danej marki, modelu i wersji.

Wypożyczenie dodatkowe to też:

- niewymagające trwałego montażu: nawigacja (niewbudowana), CB radio, radio CD/DVD, sprzęt audio, bagażnik dachowy, fotelik dziecięcy, wideorejestrator trasy, felgi, boksy dachowe, uchwyty rowerowe/na narty oraz gaśnica, apteczka, trójkąt ostrzegawczy,
- instalacja gazowa niemontowana fabrycznie,
- wyposażenie, które nie było montowane w warunkach montażu fabrycznego, zamontowane w ubezpieczonym pojeździe lub wykorzystywane przy prowadzonej działalności gospodarczej. Wyposażenie to powinno być potwierdzone dokumentem montażu lub zakupu.

Wypożyczenie dodatkowe obejmujemy ochroną, jeśli wskazano je we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i potwierdzono w polisie.

Z

Zamieszki

spontaniczne, niezorganizowane zakłócenie porządku publicznego wywołane przez grupę ludzi.

2.6 DEFINICJE

W tych ogólnych warunkach ubezpieczenia postępujemy się skróconymi nazwami następujących ustaw:

- ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny – używamy skrótu: kodeks cywilny,
- ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. kodeks postępowania cywilnego – używamy skrótu: kodeks postępowania cywilnego,
- ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny – używamy skrótu: kodeks karny,
- ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. prawo o ruchu drogowym – używamy skrótu: prawo o ruchu drogowym,
- ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniowym funduszu gwarancyjnym i polskim biurze ubezpieczycieli komunikacyjnych – używamy skrótu: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych,
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – używamy skrótu: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych – używamy skrótu: ustawa o przewozie towarów niebezpiecznych,
- ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – używamy skrótu: ustawa o prawach konsumenta,
- ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. prawo pocztowe – używamy skrótu: ustawa prawo pocztowe,
- ustawa z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – używamy skrótu: ustawa o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich,
- ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – używamy skrótu: ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej ustawa

Przewodnik po ubezpieczeniu Assistance Maksymalny został zatwierdzony uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 22/2024.

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000028261, NIP 525-15-65-015, REGON 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 457 110 000 złotych (wpłacony w całości).

Przydatne wskazówki

Tu znajdziesz wskazówki, jak dbać o bezpieczeństwo swoje i innych, gdy korzystasz z pojazdu.

[→ Spis treści](#)

Poniższe wskazówki nie stanowią treści o.w.u. – pełnią one jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia. Obowiązki związane z umową wynikają z treści o.w.u. (a więc rozdziałów 1 i 2).

Jak jeździć bezpiecznie



Nie korzystaj z telefonu w trakcie prowadzenia pojazdu. Pisanie smsów czy np. ustawianie nawigacji podczas jazdy odwraca uwagę od sytuacji na drodze. A to podnosi ryzyko spowodowania wypadku lub kolizji.



Przestrzegaj ograniczeń prędkości i zachowuj bezpieczny odstęp pomiędzy pojazdami. Zawsze zwracaj uwagę na znaki drogowe.



Zapinaj pasy bezpieczeństwa i wymagaj tego od swoich pasażerów.



Podczas długich podróży zatrzymuj się na krótką przerwę co dwie godziny.



Przygotuj samochód na trudne warunki pogodowe – opady deszczu lub śniegu oraz oblodzoną nawierzchnię.

Jak konserwować i użytkować pojazd



Dbaj o stan techniczny pojazdu – nie zapominaj o wymaganych przeglądach technicznych, regularnie sprawdzaj ciśnienie w oponach i poziom oleju w pojeździe.



Dbaj o sprawność wycieraczek i regularnie wymieniaj w nich pióra.



Upewnij się, że światła pojazdu są sprawne i czyste.

Jak przeciwdziałać kradzieży



Nie pozostawiaj pojazdu bez nadzoru, zwłaszcza w podejrzanych lub niezamieszkanym miejscach.



Zawsze wyjmuj z pojazdu kluczyki, nawet jeśli jest on zaparkowany na terenie prywatnym. Pamiętaj o zamknięciu wszystkich okien.



Nigdy nie zostawiaj dowodu rejestracyjnego w pojeździe.



Rozważ użycie dodatkowych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, jak np. blokada skrzyni biegów.



Zawsze, gdy opuszczasz samochód, uruchamiaj zabezpieczenia przeciwkradzieżowe.

Jak dbać o bezpieczeństwo w podróży



Gdy wyruszasz w dłuższą podróż, zabierz gumę do żucia. Żucie gumy dotlenia mózg i sprzyja podniesieniu koncentracji.



Sfotografuj najważniejsze dokumenty, takie jak: dowód rejestracyjny pojazdu, odcinek polisy OC oraz swój dokument tożsamości. Przechowuj zdjęcia, np. w swojej chmurze. Możesz je też wysłać mailem na swój adres.



Unikaj parkowania pod drzewami albo w miejscach o wysokim ryzyku osunięcia się kamieni, lodu lub śniegu.

Najczęściej zadawane pytania

Poznaj odpowiedzi na niektóre z najczęściej zadawanych pytań odnośnie kupna lub sprzedaży pojazdu, rozwiązania umowy, zwrotów składek i zakresu ubezpieczeń (innych niż OC komunikacyjne).

W razie pytań zadzwoń
pod numer → 224 224 224
lub wejdź na stronę → www.allianz.pl

Ten rozdział nie jest częścią o.w.u. Pamiętaj również, że odpowiedzi w zakresie, w jakim dotyczą OC komunikacyjnego, powinny być czytane z uwzględnieniem treści ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Jak zarejestrować sprzedaż auta? Jakie dane są wymagane?

Prawa i obowiązki z umowy OC komunikacyjnego są przenoszone na nowego właściciela wraz z prawem własności pojazdu. Dlatego pamiętaj o przekazaniu polisy OC nowemu właścicielowi ubezpieczonego pojazdu. Zawiadom nas o sprzedaży ubezpieczonego pojazdu w ciągu 14 dni od transakcji. W tym celu prześlij nam na piśmie następujące dane:

- imię, nazwisko, adres zamieszkania i numer PESEL nabywcy pojazdu, o ile został nadany lub jego nazwę, siedzibę i numer REGON.

Dokumenty możesz przekazać nam na trzy sposoby:

- poprzez formularz na stronie www.allianz.pl,
- przez agenta lub w naszej dowolnej placówce – wykaz placówek znajdziesz na naszej stronie www.allianz.pl,
- pocztą tradycyjną na adres: TUiR Allianz Polska S.A. ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa z dopiskiem: Departament Obsługi Klienta.

Kupiłem pojazd ubezpieczony w Allianz. Co robić dalej?

Poproś poprzedniego właściciela, by przekazał Ci polisę OC komunikacyjnego. Możesz z niej korzystać aż do upływu okresu ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć i zawrzeć nowe ubezpieczenie w Allianz lub u innego ubezpieczyciela.

Jeśli zdecydujesz się na kontynuację ubezpieczenia, prześlij nam:

- kopię tymczasowego lub stałego dowodu rejestracyjnego, jeśli nastąpiła zmiana numeru rejestracyjnego pojazdu,
- wniosek zawierający dane nowego właściciela pojazdu i prośbę o aktualizowany dokument polisy OC (jeśli nie potrzebujesz aktualizowanego dokumentu OC, nie zaznaczaj tej opcji we wniosku),
- podpisany wniosek o ponowne obliczenie składki, za okres od dnia przejścia lub przeniesienia prawa własności pojazdu, jeśli życzysz sobie ponownego przeliczenia składki z uwzględnieniem przystługających zniżek.

Jeśli nie chcesz kontynuować polisy, prześlij nam wniosek o rozwiązanie umowy.

Pomóż nam podnosić standardy

Jednym z naszych priorytetów w Allianz jest ciągłe doskonalenie obsługi klienta. Jeśli masz jakiegokolwiek uwagi lub wątpliwości, zgłoś je, a zajmiemy się Twoją sprawą tak szybko, jak to możliwe. Możesz to zrobić na dwa sposoby:

- poprzez udział w ankiecie, którą wysyłamy m.in. po zakupie ubezpieczenia, po zgłoszeniu oraz po rozpatrzeniu szkody
- telefonicznie pod numerem:
→ 224 224 224

Dziękujemy,
że jesteś
z nami!

ASSISTANCE OPTYMALNY I MAKSYMALNY

Przewodnik po ubezpieczeniu



W tabeli wskazujemy, które punkty ogólnych warunków ubezpieczenia zawierają informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	punkty: 4-6, 9, 8, 11-43, 46-79, 104 Informacje zawarte w niniejszej tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w rozdziale 2.6.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	punkty: 7, 9-10, 12-16, 21-22, 24, 26, 28-29, 34, 36-37, 44-45, 84, 46-51, 49-50, 61, 63, 64-66, 119, 81-83 Informacje zawarte w niniejszej tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w rozdziale 2.6.

Witaj w Allianz!

Dziękujemy, że decydujesz się ubezpieczyć u nas pojazd.

Jesteśmy po to, aby chronić Ciebie i ubezpieczony pojazd przed skutkami szkód spowodowanych w wyniku zdarzeń, na które nie masz wpływu. Możesz polegać na naszym doświadczeniu. Jesteśmy z naszymi klientami od wielu lat – na każdym kroku.

The Allianz logo, featuring the word "Allianz" in a stylized, cursive script.

Spis treści

1. Wstęp do Twojego ubezpieczenia	6
2. Opis produktu i warunki ubezpieczenia	9
2.1. Co obejmuje ubezpieczenie	10
2.2. Wyłączenia ogólne	34
2.3. Obowiązki Twoje i ubezpieczonego	37
2.4. Szkoda – i co dalej?	40
2.5. Jakie są najważniejsze części umowy	47
2.6. Definicje	55
3. Przydatne wskazówki	60
4. Pomóż nam podnosić standardy	65

Wstęp do Twojego ubezpieczenia

[→ Spis treści](#)

Ubezpieczasz pojazd w ramach ubezpieczenia komunikacyjnego Assistance Optymalny i Maksymalny w Allianz. Ten przewodnik zawiera ogólne warunki tego ubezpieczenia.

Na podstawie złożonego przez Ciebie wniosku o zawarcie umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia (o.w.u.), które znajdują się w tym przewodniku, zawierasz z nami czyli **Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółką Akcyjną** umowę ubezpieczenia. Umowa może być też zawarta poprzez przyjęcie przez Ciebie warunków oferty złożonej przez Allianz. Potwierdzeniem umowy jest polisa.

W tych ogólnych warunkach ubezpieczenia znajdują się w szczególności informacje na temat:

- zakresu ubezpieczenia (co obejmuje i czego nie obejmuje ubezpieczenie),
- obowiązków Twoich oraz Ubezpieczonego,
- procesu likwidacji szkód,
- najważniejszych elementów umowy,
- naszych danych kontaktowych,
- definicji pojęć, które używamy w tych o.w.u.

Gdy piszemy **Ty**, mamy na myśli **Ubezpieczającego**, czyli osobę, która zawiera umowę.

Gdy piszemy **Ubezpieczony**, mamy na myśli osobę, którą chronimy na podstawie zawartej umowy. Dokładną definicję Ubezpieczonego znajdziesz w rozdziale Definicje.

Gdy piszemy **my**, mamy na myśli Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółkę Akcyjną. Zwróć uwagę, że usługi, które organizujemy w ramach tych o.w.u. (i których koszty pokrywamy) wykonuje AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie.

1 WSTĘP DO TWOJEGO UBEZPIECZENIA

Zapoznaj się z rozdziałem Definicje, w którym wyjaśniamy pojęcia używane w tych o.w.u. Niektóre słowa zdefiniowaliśmy inaczej niż są powszechnie rozumiane. Jeśli definiujemy jakieś pojęcie, używając go w o.w.u., zawsze rozumiemy je zgodnie z tym, co opisaliśmy w rozdziale Definicje.

Jeśli masz pytania, skontaktuj się z nami:

- **przez telefon:** → **224 224 224**
(opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
- **lub na naszej stronie internetowej:** → www.allianz.pl.

Ochrona danych osobowych

Jesteśmy administratorem danych osobowych, które zbieramy w związku z zawarciem i wykonaniem umowy.

Pełną treść klauzuli informacyjnej, która opisuje zasady przetwarzania przez nas danych osobowych, przekazujemy podczas zbierania danych. Informacje te dostępne są dla wszystkich na stronie internetowej: www.allianz.pl.

Opis produktu i warunki ubezpieczenia

[→ Spis treści](#)

Co obejmuje ubezpieczenie

2.1

[→ Spis treści](#)

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Z tego rozdziału dowiesz się:

- co jest przedmiotem ubezpieczenia, a co nie może nim być,
- gdzie obowiązuje Twoje ubezpieczenie.

1. Dokładny zakres Twojego ubezpieczenia znajdziesz w tych o.w.u.

2. Możemy wprowadzić w umowie postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień o.w.u. Takie postanowienia powinny być zaakceptowane przez obie strony (tj. przez Ciebie i przez nas). Umowa ubezpieczenia Assistance Optymalny lub Maksymalny może być zawarta wyłącznie wraz z zawarciem umowy głównej (jako umowa dodatkowa do umowy głównej) dotyczącej ubezpieczonego pojazdu.

3. Jeśli umowa główna obejmuje swym zakresem ubezpieczenie Assistance w wariancie podstawowym albo rozszerzonym, to zawierając umowę ubezpieczenia Assistance Maksymalny lub

Optymalny – zastępujesz Assistance podstawowy albo rozszerzony wybrany w ramach umowy głównej. Limity dotyczące tych samych usług określone tymi umowami nie sumują się, co zostanie uwzględnione przez nas przy kalkulacji należnej składki.

Przykład:

Jeśli w przypadku zdarzenia objętego ochroną w ramach umowy głównej zapewniamy Ubezpieczonemu pojazd zastępczy na czas naprawy w razie awarii do 4 dni dwa razy w okresie ubezpieczenia, a zawarłeś także umowę ubezpieczenia Assistance Maksymalny – zapewnimy pojazd zastępczy na czas naprawy w razie awarii do 8 dni dwa razy w okresie ubezpieczenia.

Jaki jest przedmiot ubezpieczenia

4. Przedmiot ubezpieczenia to inaczej to, co obejmujemy ochroną. Ochroną ubezpieczeniową możemy objąć majątek Ubezpieczonego wskazany w przyjętej przez Ciebie ofercie lub we wniosku o zawarcie umowy.

- Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja lub pokrycie kosztów usług Assistance, wskazanych w tych o.w.u.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

5. Możemy objąć ochroną następujące pojazdy:

- samochody osobowe, o określonej w dowodzie rejestracyjnym liczbie miejsc – nie większej niż 9 osób łącznie z kierowcą – oraz ich bagaż, o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t, w tym samochody kempingowe,
- samochody ciężarowe na nadwoziu osobowego o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t,
- samochody ciężarowe o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t,
- przyczepy kempingowe,
- przyczepy o dopuszczalnej ładowności do 500 kg,
- motocykle,
- motorowery.

6. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wyłącznie interes majątkowy Ubezpieczonego, dzięki czemu zabezpieczamy go przed koniecznością poniesienia kosztów usług w razie gdy dojdzie do zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

Co nie może być przedmiotem ubezpieczenia

7. Nie ubezpieczamy pojazdów, które zgodnie z deklaracją we wniosku o zawarcie umowy lub z założeńmi przyjętej przez Ciebie oferty, są używane:

- jako rekwizyty (używane w przedstawieniach teatralnych, filmie, w telewizji lub imprezach plenerowych),
- do jazd próbnych lub demonstracyjnych,
- podczas rajdów, jazd wyścigowych, jazd off-road (czyli sportu motorowego, który polega na jeździe po terenach innych niż droga twarda), driftu (czyli techniki jazdy pojazdem w kontrolowanym poślizgu) – również tych nieorganizowanych,
- do wynajęcia, w tym pojazdów wynajmowanych zarobkowo przez podmioty prowadzące wypożyczalnie pojazdów oraz pojazdów udostępnianych jako zastępcze w oparciu o inny stosunek prawny niż umowa najmu,
- do transportu towarów niebezpiecznych, o których mowa w ustawie o przewozie towarów niebezpiecznych,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą,
- do nauki jazdy.

8. Jeśli uzyskasz naszą zgodę i opłacisz dodatkową składkę, możemy objąć ochroną pojazdy, które są używane:

- jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą,
- do nauki jazdy.

Gdzie działa ubezpieczenie

9. Ochrona obowiązuje w Polsce oraz pozostałych krajach europejskich (w tym europejska część Turcji i grecka część Cypru), oprócz Białorusi, Kazachstanu, Mołdawii, Rosji, Ukrainy i Gruzji.

Jak określamy limity odpowiedzialności

10. Limity określone są według zasad opisanych w tym przewodniku i potwierdzone w umowie. Szczegóły znajdziesz w punktach 11-43 oraz 46-78.

Jaki zakres ochrony oferujemy

W zależności od wyboru Ubezpieczającego oferujemy ochronę w ramach wariantów:

- Optymalny
- lub
- Maksymalny

Assistance Optymalny

Assistance Optymalny		Zdarzenie										
Świadczenie												
	awaria	wypadek	pęknięcie przedniej szyby	wandalizm	kradzież	kradzież części pojazdu lub wyposażenia	przebicie opony	brak paliwa	rozładowanie baterii pojazdu elektrycznego	niewłaściwe paliwo	utrata, zatrzaśnięcie kluczyka lub uszkodzenie kluczyka lub innego urządzenia używanego do otwierania lub uruchomienia pojazdu	
	naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu ¹	●	●	●	●	●	● ³	● ⁴	●	●	●	
	holowanie ubezpieczonego pojazdu	●	●	●	●	●	●	●	cztery razy w okresie ubezpieczenia	●	●	
	pojazd zastępczy na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu	do 5 dni, dwa razy w okresie ubezpieczenia	do 8 dni	do 8 dni	do 8 dni	do 8 dni	do 8 dni			do 5 dni, dwa razy w okresie ubezpieczenia	do 5 dni, dwa razy w okresie ubezpieczenia	
tych usług nie łączymy	zakwaterowanie w hotelu	●	●	●	●	●	●			●	●	
	powrót do miejsca zamieszkania albo kontynuacja podróży	●	●	●	●	●	●			●	●	
usługa mobilności ²		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
usługi informacyjne i usługi concierge		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
powrót po odzyskany po kradzieży ubezpieczony pojazd						●						
holowania przyczepy podłączonej do ubezpieczonego pojazdu		●	●	●	●	●	●			●	●	

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

transport zwłok	●	
złomowanie ubezpieczonego pojazdu	125 €	125 €
holowanie motocykla po wypadku	●	

1 – maks. 1 roboczogodzina

2 – do 100 km

3 – patrz „Wymiana koła w przypadku przebicia opony podczas jazdy”

4 – patrz „Dostarczenie paliwa”

● – jest w danym pakiecie

Assistance – Warian Optymalny

Co jest objęte ochroną

11. W ramach Assistance Optymalnego – zapewniamy ochronę w poniższym zakresie:

- naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu,
- holowanie ubezpieczonego pojazdu,
- pojazd zastępczy na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu,
- zakwaterowanie w hotelu
- powrót do miejsca zamieszkania albo kontynuacja podróży,
- usługa mobilności,
- usługi informacyjne i usługi concierge,
- wymiana koła w ubezpieczonym pojeździe w przypadku przebicia opony podczas jazdy tym pojazdem,
- dostarczenie paliwa do ubezpieczonego pojazdu,
- powrót po ubezpieczony pojazd, który został odzyskany po kradzieży,
- holowanie przyczepy, która była podczepiona do ubezpieczonego pojazdu,
- transport zwłok,
- złomowanie ubezpieczonego pojazdu.

Zapewniamy możliwość korzystania z tych usług w odniesieniu do wszystkich zdarzeń objętych ochroną z zastrzeżeniem pkt. 12 i 13.

12. W odniesieniu do pojazdów starszych niż 18 lat nasza ochrona obejmuje organizację i pokrycie kosztów usług przewidzianych w tych owu w razie wypadku, wandalizmu, kradzieży pojazdu, kradzieży części pojazdu lub wyposażenia.

13. W następujących sytuacjach nasza ochrona ogranicza się:

- do dwóch zdarzeń polegających na rozładowaniu akumulatora w ubezpieczonym pojeździe w okresie ubezpieczenia,
- do czterech zdarzeń polegających na rozładowaniu baterii w pojeździe elektrycznym w okresie ubezpieczenia,
- do dwóch zdarzeń polegających na organizacji i pokryciu kosztów samochodu zastępczego na wypadek awarii, w okresie ubezpieczenia.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu, holowanie ubezpieczonego pojazdu i pojazd zastępczy na czas naprawy

14. Jeśli ubezpieczony pojazd został unieruchomiony i nie nadaje się do jazdy zgodnie z przepisami prawa o ruchu drogowym, zapewnimy usługi wymienione w punktach 15-25 oraz w punktach 37 i 41. Zrobimy to, jeśli powodem unieruchomienia Ubezpieczonego Pojazdu jest awaria, wypadek, pęknięcie przedniej szyby, wandalizm lub kradzież części ubezpieczonego pojazdu, przebicie opony, brak paliwa lub zatankowanie niewłaściwego paliwa, utrata, zatrzęsienie wewnątrz ubezpieczonego pojazdu lub uszkodzenie kluczyka lub innego urządzenia służącego do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu.

Naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu zdarzenia

15. Zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdu najbliższego pojazdu pomocy drogowej oraz jednej roboczogodziny naprawy, jeśli ubezpieczony pojazd może być na miejscu usprawniony przez tą pomoc drogową w taki sposób aby zgodnie z przepisami prawa o ruchu drogowym nadawał się do dalszej jazdy.

Holowanie ubezpieczonego pojazdu

16. Jeśli ubezpieczony pojazd nie może być usprawniony na miejscu, w taki sposób aby nadawał się do dalszej jazdy zgodnie z przepisami prawa o ruchu drogowym:

- gdy powodem jego unieruchomienia jest rozładowanie akumulatora, przebicie opony lub zatankowanie niewłaściwego paliwa – zorganizujemy i pokryjemy koszt jego holowania do warsztatu naprawczego lub do innego wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca, oddalonego o maksymalnie 150 km od miejsca zdarzenia lub
- gdy powodem jego unieruchomienia jest inna przyczyna niż rozładowanie akumulatora, rozładowanie baterii ubezpieczonego pojazdu elektrycznego, przebicie opony lub zatankowanie niewłaściwego paliwa, zorganizujemy i pokryjemy koszt jego holowania do warsztatu naprawczego lub do innego wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca oddalonego o maksymalnie 450 km od miejsca zdarzenia, niezależnie czy zdarzenie ma miejsce na terytorium Polski czy poza Polską,,

Ponadto gdy do zdarzenia dojdzie poza granicami Polski a miejsce wskazane przez Ubezpieczonego znajduje się na terytorium Polski, limity holowania łączą się – co oznacza, że zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania Ubezpieczonego Pojazdu do granicy z Polską zgodnie z limitem przewidzianym dla tej usługi poza granicami Polski, a po przekroczeniu

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

granicy aktywowany zostaje limit holowania na terytorium Polski – przy czym zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, które jest oddalone od miejsca zdarzenia o maksymalnie 450 km.

17. Jeśli ubezpieczony pojazd nie może być odholowany bezpośrednio do warsztatu naprawczego, z uwagi na jego godziny pracy, zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania na wskazany przez nas parking strzeżony oraz koszty holowania Ubezpieczonego Pojazdu z tego parkingu do warsztatu naprawczego, po jego otwarciu.

18. Zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania ubezpieczonego pojazdu elektrycznego do najbliższej stacji ładowania lub – o ile to możliwe – zorganizujemy usługę ładowania za pomocą przenośnej stacji do ładowania. Zrobimy tak, jeżeli w ubezpieczonym pojeździe elektrycznym rozładuje się bateria.

19. Jeśli nie można naprawić ubezpieczonego pojazdu, aby nadawał się do dalszej jazdy w tym samym dniu, zgodnie z życzeniem Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty pojazdu zastępczego. Zrobimy tak we wszystkich przypadkach z wyjątkiem przebitej opony, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym lub braku paliwa – także w razie kradzieży ubezpieczonego pojazdu.

Pojazd zastępczy na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu

20. Pokrywamy koszty wynajmu pojazdu zastępczego:

- 20.1. o klasie niższej o jedną od klasy ubezpieczonego pojazdu, ale nie wyższej niż klasa D – w przypadku samochodów osobowych i ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t,
- 20.2. o klasie nie wyższej niż klasa C – w przypadku ubezpieczonego samochodu elektrycznego,
- 20.3. o klasie A – w przypadku motocykli, motorowerów, przyczep kempingowych, przyczep o dopuszczalnej ładowności do 500 kg.

21. Ubezpieczony może korzystać z pojazdu zastępczego na czas naprawy pojazdu do 5 dni, dwa razy w okresie ubezpieczenia, jeśli dojdzie do awarii, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym, zatankowania niewłaściwego paliwa, utraty, uszkodzenia lub zatrzaśnięcia kluczyka lub innego urządzenia używanego do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

22. Ubezpieczony może korzystać z pojazdu zastępczego na czas naprawy pojazdu do 8 dni, jeśli dojdzie do wypadku, pęknięcia przedniej szyby, wandalizmu lub kradzieży części ubezpieczonego pojazdu lub jego wyposażenia.

23. Jeśli dojdzie do kradzieży ubezpieczonego pojazdu, Ubezpieczony może korzystać z pojazdu zastępczego przez 8 dni. W takim przypadku Ubezpieczony ma obowiązek przekazać nam zgłoszenie kradzieży na policję (notatka policyjna).

24. Zorganizujemy i pokryjemy koszt podstawienia pojazdu zastępczego. Zorganizujemy i pokryjemy także koszt odbioru pojazdu zastępczego, jednak tylko wówczas, gdy miejsce odbioru pojazdu zastępczego znajduje się w odległości do 50 km od miejsca jego podstawienia.

25. Ubezpieczony podpisuje umowę najmu pojazdu bezpośrednio z wypożyczalnią samochodów, na warunkach wskazanych w umowie najmu.

Zakwaterowanie w hotelu

26. Zgodnie z życzeniem Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszt zakwaterowania kierowcy i pasażerów w hotelu trzygwiazdkowym – do równowartości kwoty 75 euro za noc za osobę na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu i maksymalnie do 3 nocy. Ubezpieczony może skorzystać z tej usługi w przypadku wszystkich zdarzeń objętych ochroną (także w razie kradzieży ubezpieczonego pojazdu), z wyjątkiem przebicia opony, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym lub braku paliwa. Aby skorzystać z tej usługi, muszą zostać spełnione łącznie trzy warunki:

- ubezpieczony pojazd został unieruchomiony w odległości większej niż 50 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w Polsce,
- zorganizowaliśmy holowanie ubezpieczonego pojazdu,
- czas naprawy pojazdu oszacowany przez warsztat naprawczy przekracza 24 godziny lub odholowaliśmy ubezpieczony pojazd na wyznaczony przez nas parking strzeżony z uwagi na godziny pracy warsztatu naprawczego.

Przy czym spełnienie tych warunków nie jest konieczne w przypadku kradzieży ubezpieczonego pojazdu.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Powrót do miejsca zamieszkania albo kontynuacja podróży

27. Zgodnie z życzeniem Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszt:

- powrotu kierowcy i pasażerów do miejsca zamieszkania kierowcy w Polsce albo
- kontynuacji podróży kierowcy i pasażerów do miejsca docelowego, wskazanego przez kierowcę, jeśli miejsce docelowe znajduje się w bliższej odległości od miejsca zdarzenia objętego ochroną niż miejsce zamieszkania kierowcy.

28. Możemy zorganizować powrót do miejsca zamieszkania: pociągami (bilet pierwszej klasy), autobusem bądź samolotem (bilet klasy ekonomicznej) – jeśli odległość od miejsca zamieszkania kierowcy przekracza 750 km. Ubezpieczony może skorzystać z tej usługi w przypadku wszystkich zdarzeń objętych ochroną, z wyjątkiem przebitej opony, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym lub braku paliwa – także w razie kradzieży ubezpieczonego pojazdu. Aby skorzystać z tej usługi muszą być spełnione łącznie dwa warunki:

- zorganizowaliśmy holowanie ubezpieczonego pojazdu oraz
- czas naprawy pojazdu oszacowany przez warsztat naprawczy przekracza 24 godziny lub odholowaliśmy ubezpieczony pojazd na wyznaczony przez nas parking strzeżony z uwagi na godziny pracy warsztatu naprawczego.

29. Ubezpieczony może skorzystać z usługi zakwaterowania w hotelu albo z usługi powrotu do miejsca zamieszkania albo kontynuacji podróży. Nie można łączyć tych usług.

Usługa mobilności

30. Jeśli Ubezpieczony nie może kontynuować jazdy ubezpieczonym pojazdem, zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu kierowcy i pasażerów ubezpieczonego pojazdu z miejsca zdarzenia do innego dowolnego miejsca oddalonego o maksymalnie 100 km od miejsca zdarzenia. Środkiem transportu mogą być: pociąg (bilet pierwszej klasy), autobus lub taksówka. Zapewnimy tę usługę w przypadku wszystkich zdarzeń objętych ochroną.

Usługi informacyjne i usługi concierge

31. W przypadku zaistnienia któregokolwiek ze zdarzeń objętych ochroną Assistance Ubezpieczony może do nas zadzwonić i zapytać o:

- warunki drogowe,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- warsztaty samochodowe i wypożyczalnie pojazdów,
- informacje o możliwości naprawy i wynajmu pojazdów,
- najbliższe stacje benzynowe, stacje ładowania pojazdów elektrycznych,
- najbliższe zakłady wulkanizacyjne,
- postępowanie w razie wypadku i instrukcje dotyczące wypełniania europejskiego formularza protokołu wypadku drogowego.

32. Ubezpieczony może też poprosić o:

- rezerwację biletów samolotowych lub pociągowych,
- rezerwację hoteli,
- zamówienie taksówki.

Ubezpieczony pokrywa koszty organizowanych świadczeń.

Wymiana koła w ubezpieczonym pojeździe po przebicium opony

33. W razie przebicia jednej opony podczas jazdy ubezpieczonym pojazdem, zorganizujemy na miejscu zdarzenia i pokryjemy koszt wymiany koła, o ile znajduje się ono na wyposażeniu ubezpieczonego pojazdu.

34. W razie przebicia podczas jazdy więcej niż jednej opony lub w razie braku w ubezpieczonym pojeździe sprawnego koła zapasowego, zorganizujemy i pokryjemy koszt holowania ubezpieczonego pojazdu do warsztatu naprawczego lub innego wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca oddalonego od miejsca zdarzenia o maksymalnie 150 km lub do zakładu wulkanizacyjnego.

Dostarczenie paliwa

35. Jeśli podczas jazdy ubezpieczonym pojazdem zabraknie paliwa, zorganizujemy i pokryjemy koszt dostarczenia do niego paliwa w ilości wystarczającej, aby dojechać do najbliższej stacji benzynowej. Nie pokrywamy kosztów dostarczonego paliwa.

Powrót po odzyskany po kradzieży pojazd

36. Jeśli po kradzieży ubezpieczonego pojazdu zostanie on odzyskany, zorganizujemy i pokryjemy koszt podróży właściciela pojazdu lub osoby przez niego upoważnionej do miejsca, w którym pojazd ten się znajduje. Możemy zorganizować tę podróż: pociągiem (bilet pierwszej klasy), autobusem bądź samolotem (bilet klasy ekonomicznej) – jeśli odległość przekracza 750 km.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Holowanie przyczepy, podłączonej do ubezpieczonego pojazdu

37. Jeśli ubezpieczony pojazd został skradziony albo jest unieruchomiony i nie nadaje się do jazdy zgodnie z przepisami prawa o ruchu drogowym, a ciągnął on przyczepę, zorganizujemy i pokryjemy koszt holowania przyczepy do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego. W przypadku zdarzeń zaistniałych na terytorium Polski oraz poza Polską wskazane miejsce może być oddalone o maksymalnie 450 km od miejsca zdarzenia. Zrobimy tak we wszystkich przypadkach z wyjątkiem przebitej opony, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym lub braku paliwa. Aby skorzystać z tej usługi, muszą zostać spełnione następujące warunki:

- zorganizowaliśmy holowanie ubezpieczonego pojazdu lub
- skradziony ubezpieczony pojazd nie został odnaleziony w ciągu 48 godzin od chwili zgłoszenia kradzieży na policję.

Transport zwłok

38. Jeśli dojdzie do śmierci kierowcy lub któregośkolwiek z pasażerów ubezpieczonego pojazdu w wypadku, zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu zwłok (trumny lub urny) do miejsca pochówku w Polsce.

Złomowanie ubezpieczonego pojazdu

39. W przypadku zalania, spalenia lub całkowitego zniszczenia ubezpieczonego pojazdu w wyniku wypadku lub wandalizmu zwrócimy poniesione przez Ubezpieczonego koszty złomowania ubezpieczonego pojazdu do równowartości kwoty 125 euro. Ubezpieczony ma obowiązek przekazać nam dowód zapłaty za usługę.

Dodatkowe rozszerzenia

40. Zakres ubezpieczenia może obejmować dodatkowe ryzyka w zależności od rodzaju ubezpieczonego pojazdu. Opisujemy je poniżej. Dodatkowy samochód zastępczy dla pojazdów elektrycznych

41. W przypadku ubezpieczonych pojazdów elektrycznych możemy zorganizować wynajem pojazdu spalinowego, dwa razy w ciągu okresu ubezpieczenia. Nie pokrywamy kosztów wynajmu pojazdu.

42. Ubezpieczony zawiera umowę najmu pojazdu bezpośrednio z wypożyczalnią samochodów.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Holowanie motocykla po wypadku

43. W przypadku ubezpieczonych motocykli jeśli dojdzie do wypadku poza Polską zorganizujemy i pokryjemy koszt holowania motocykla do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, które znajduje się w Polsce bez limitu kilometrów.

Co nie jest objęte ochroną

44. Nie pokrywamy następujących szkód ani kosztów:

- 44.1. wynikających z samookaleczenia lub samobójstwa kierowcy ubezpieczonego pojazdu,
- 44.2. postoju na parkingu ubezpieczonego pojazdu, z wyjątkiem przypadku, w którym zorganizowaliśmy holowanie na parking strzeżony,
- 44.3. paliwa, opłat drogowych, promu, cła, grzywnien, ładowania pojazdów elektrycznych,
- 44.4. materiałów lub części zamiennych użytych do naprawy lub diagnostyki ubezpieczonego pojazdu lub naprawy pojazdu w warsztacie naprawczym,
- 44.5. świadczeń w stosunku do osób przewożonych w ubezpieczonym pojeździe za opłatą,
- 44.6. w ładunkach lub przedmiotach przewożonych przez ubezpieczony pojazd,
- 44.7. poniesionych, jeśli ubezpieczony pojazd nie jest zarejestrowany w Polsce,
- 44.8. utraty dochodu przez kierowcę lub pasażerów ubezpieczonego pojazdu,
- 44.9. utraty dochodu z tytułu transportu pasażerów za opłatą,
- 44.10. rekompensaty za urazy doznane przez kierowcę lub pasażerów ubezpieczonego pojazdu.
- 44.11. kosztu zakupu lub wymiany kluczyka lub innego urządzenia służącego do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu,
- 44.12. kosztu zakupu nowych opon i pasów bezpieczeństwa w ubezpieczonym pojeździe,
- 44.13. kosztów hotelowych dla osób uprawnionych do otrzymania świadczenia, z wyjątkiem kosztów samego zakwaterowania.

45. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w świadczeniu usługi spowodowane:

- 45.1. strajkami, zamieszkami, aktami terroru, wojną, wojną domową lub skutkami działania energii jądrowej,
- 45.2. siłą wyższą, której następstwa uniemożliwiają lub opóźniają wykonanie usługi Assistance.

Assistance Maksymalny

Assistance Maksymalny		Zdarzenie										
Świadczenie												
	awaria	wypadek	pęknięcie przedniej szyby	wandalizm	kradzież	kradzież części pojazdu lub wyposażenia	przebiecie opony	brak paliwa	rozładowanie baterii pojazdu elektrycznego	niewłaściwe paliwo	utrata, zatrzaśnięcie kluczyka lub uszkodzenie kluczyka lub innego urządzenia używanego do otwarcia lub uruchomienia pojazdu	
naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu ¹	●	●	●	●		●	● ³	● ⁴	●	●	●	
holowanie ubezpieczonego pojazdu	●	●	●	●		●	●	●	sześć razy w okresie ubezpieczenia	●	●	
pojazd zastępczy na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu (warunek unieruchomienia)	do 8 dni, dwa razy w okresie ubezpieczenia	do 12 dni	do 12 dni	do 12 dni	do 12 dni	do 12 dni				do 12 dni, dwa razy w okresie ubezpieczenia	do 12 dni, dwa razy w okresie ubezpieczenia	
pojazd zastępczy na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu (bez warunku unieruchomienia)		do 3 dni			do 3 dni							
tych usług nie łączymy	zakwaterowanie w hotelu	●	●	●	●	●				●	●	
	powrót do miejsca zamieszkania albo kontynuacja podróży	●	●	●	●	●				●	●	
usługa mobilności ²	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
usługi informacyjne i usługi concierge	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
powrót po odzyskany po kradzieży ubezpieczony pojazd					●							

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

holowanie przy- czepy podłączonej do ubezpieczonego pojazdu	●	●	●	●	●	●	●	●
transport zwłok	●							
złomowanie ubez- pieczonego pojazdu	125 €	125 €						
holowanie motocy- kla po wypadku	●							

- 1 – maks. 1 roboczogodzina
- 2 – do 100 km
- 3 – patrz „Wymiana koła w przypadku przebicia opony podczas jazdy”
- 4 – patrz „Dostarczenie paliwa”
- – jest w danym pakiecie

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

46. W ramach Assistance Maksymalnego – zapewniamy ochronę w poniższym zakresie:

- naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu,
- holowanie ubezpieczonego pojazdu,
- pojazd zastępczy na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu,
- zakwaterowanie w hotelu
- powrót do miejsca zamieszkania albo kontynuacja podróży,
- usługa mobilności,
- usługi informacyjne i usługi concierge,
- wymiana koła w ubezpieczonym pojeździe w przypadku przebicia opony podczas jazdy tym pojazdem,
- dostarczenie paliwa do ubezpieczonego pojazdu,
- powrót po ubezpieczony pojazd, który został odzyskany po kradzieży,
- holowanie przyczepy, która była podczepiona do ubezpieczonego pojazdu,
- transport zwłok,
- złomowanie ubezpieczonego pojazdu,

47. Zapewniamy możliwość korzystania z tych usług w odniesieniu do wszystkich zdarzeń objętych ochroną z zastrzeżeniem pkt. 48 i 49.

48. W odniesieniu do pojazdów starszych niż 18 lat nasza ochrona obejmuje organizację i pokrycie kosztów usług przewidzianych w tych owu w razie wypadku, wandalizmu, kradzieży pojazdu, kradzieży części pojazdu lub wyposażenia.

49. W następujących sytuacjach nasza ochrona ogranicza się:

- do czterech zdarzeń polegających na rozładowaniu akumulatora w ubezpieczonym pojeździe w okresie ubezpieczenia,
- do sześciu zdarzeń polegających na rozładowaniu baterii w pojeździe w okresie ubezpieczenia,
- do dwóch zdarzeń polegających na organizacji i pokryciu kosztów samochodu zastępczego na wypadek awarii, w okresie ubezpieczenia.

Naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu, holowanie ubezpieczonego pojazdu i pojazd zastępczy na czas naprawy

50. Jeśli ubezpieczony pojazd został unieruchomiony i nie nadaje się do jazdy zgodnie z przepisami prawa o ruchu drogowym, zapewnimy usługi wymienione w punktach 51-62 oraz 74 i 80. Zrobimy to, jeśli powodem unieruchomienia jest awaria, wypadek, pęknięcie przedniej szyby,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

wandalizm lub kradzież części ubezpieczonego pojazdu, przebicie opony, brak paliwa lub zatankowanie niewłaściwego paliwa, utrata, zatrzaśnięcie wewnątrz ubezpieczonego pojazdu lub uszkodzenie kluczyka lub innego urządzenia służącego do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu.

Naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu zdarzenia

51. Zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdu najbliższego pojazdu pomocy drogowej i jednej roboczogodziny naprawy, jeśli ubezpieczony pojazd może być usprawniony na miejscu do dalszej jazdy przez tą pomoc drogową.

Holowanie ubezpieczonego pojazdu

52. Jeśli ubezpieczony pojazd nie może być usprawniony na miejscu, w taki sposób aby nadawał się do dalszej jazdy zgodnie z przepisami prawa o ruchu drogowym:

- gdy powodem jego unieruchomienia jest rozładowanie akumulatora, przebicie opony lub zatankowanie niewłaściwego paliwa zorganizujemy i pokryjemy koszt jego holowania do warsztatu naprawczego lub do innego wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca, oddalonego o maksymalnie 150 km od miejsca zdarzenia lub
- gdy powodem jego unieruchomienia są inne przyczyny niż rozładowanie akumulatora, rozładowanie baterii ubezpieczonego pojazdu elektrycznego, przebicie opony lub zatankowanie niewłaściwego paliwa objętego ochroną ubezpieczeniową, zorganizujemy i pokryjemy koszt jego holowania do warsztatu naprawczego lub do innego wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca oddalonego o maksymalnie 1500 km od miejsca zdarzenia, gdy zdarzenie ma miejsce poza Polską albo bez limitu kilometrowego dla zdarzeń do których doszło w Polsce,

Ponadto gdy do zdarzenia dojdzie poza granicami Polski a miejsce wskazane przez Ubezpieczonego znajduje się na terytorium Polski, limity holowania łączą się – co oznacza, że zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania Ubezpieczonego Pojazdu do granicy z Polską zgodnie z limitem przewidzianym dla tej usługi poza granicami Polski, a po przekroczeniu granicy aktywowany zostaje limit holowania na terytorium Polski – przy czym zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, które jest oddalone od miejsca zdarzenia o maksymalnie 1500 km.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

53. Jeśli ubezpieczony pojazd nie może być odholowany bezpośrednio do warsztatu naprawczego, z uwagi na jego godziny pracy, zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania na wskazany przez nas parking strzeżony oraz koszty holowania Ubezpieczonego Pojazdu z tego parkingu strzeżonego do warsztatu naprawczego, po jego otwarciu.

54. Zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania ubezpieczonego pojazdu elektrycznego do najbliższej stacji ładowania lub o ile to możliwe zorganizujemy usługę ładowania za pomocą przenośnej stacji do ładowania. Zrobimy tak, jeżeli w ubezpieczonym pojeździe elektrycznym rozładuje się bateria.

55. Jeśli nie można naprawić ubezpieczonego pojazdu, aby nadawał się do dalszej jazdy w tym samym dniu, zgodnie z życzeniem Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty pojazdu zastępczego. Zrobimy tak we wszystkich przypadkach z wyjątkiem przebitej opony, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym lub braku paliwa – także w razie kradzieży ubezpieczonego pojazdu.

Pojazd zastępczy na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu

56. Pokrywamy koszty wynajmu pojazdu zastępczego:

- 56.1. tej samej klasy oraz tej samej liczbie miejsc co ubezpieczony pojazd ale nie wyższej niż klasa E – w przypadku samochodów osobowych i ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t,
- 56.2. o klasie nie wyższej niż klasa C – w przypadku ubezpieczonego samochodu elektrycznego,
- 56.3. o klasie A – w przypadku motocykli, motorowerów, przyczep kempingowych, przyczep o dopuszczalnej ładowności do 500 kg.

57. Ubezpieczony może korzystać z pojazdu zastępczego na czas naprawy pojazdu do 8 dni, dwa razy w okresie ubezpieczenia, jeśli dojdzie do awarii, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym, zatankowania niewłaściwego paliwa, utraty, uszkodzenia lub zatrzęsnięcia kluczyka lub innego urządzenia używanego do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu.

58. Ubezpieczony może korzystać z pojazdu zastępczego na czas naprawy pojazdu do 12 dni, jeśli dojdzie do wypadku, pęknięcia przedniej szyby, wandalizmu lub kradzieży części ubezpieczonego pojazdu lub jego wyposażenia.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

59. Jeśli dojdzie do kradzieży ubezpieczonego pojazdu, Ubezpieczony może korzystać z pojazdu zastępczego przez 12 dni. W takim przypadku Ubezpieczony ma obowiązek przekazać nam zgłoszenie kradzieży na policję (notatka policyjna).

60. W razie wypadku lub kradzieży części pojazdu lub wyposażenia, jeżeli uszkodzony pojazd nie był unieruchomiony, pojazd zastępczy przysługuje na czas naprawy pojazdu, nie dłużej niż na 3 dni.

61. Zorganizujemy i pokryjemy koszt podstawienia pojazdu zastępczego. Zorganizujemy i pokryjemy także koszt odbioru pojazdu zastępczego, jednak tylko wówczas, gdy miejsce odbioru pojazdu zastępczego znajduje się w odległości do 50 km od miejsca jego podstawienia.

62. Ubezpieczony podpisuje umowę najmu pojazdu bezpośrednio z wypożyczalnią samochodów, na warunkach wskazanych w umowie najmu.

Zakwaterowanie w hotelu

63. Zgodnie z życzeniem Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszt zakwaterowania kierowcy i pasażerów w hotelu trzygwiazdkowym (do równowartości kwoty 75 euro za noc za osobę) na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu – maksymalnie do 3 nocy. Ubezpieczony może skorzystać z tej usługi w przypadku wszystkich zdarzeń objętych ochroną (także w razie kradzieży ubezpieczonego pojazdu), z wyjątkiem przebicia opony, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym lub braku paliwa. Aby skorzystać z tej usługi, muszą zostać spełnione łącznie trzy warunki:

- ubezpieczony pojazd został unieruchomiony w odległości większej niż 50 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w Polsce,
- zorganizowaliśmy holowanie ubezpieczonego pojazdu,
- czas naprawy pojazdu oszacowany przez warsztat naprawczy przekracza 24 godziny lub odholowaliśmy ubezpieczony pojazd na wyznaczony przez nas parking strzeżony z uwagi na godziny pracy warsztatu naprawczego.

Przy czym spełnienie tych warunków nie jest konieczne w przypadku kradzieży ubezpieczonego pojazdu.

Powrót do miejsca zamieszkania albo kontynuacja podróży

64. Zgodnie z życzeniem Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszt:

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- powrotu kierowcy i pasażerów do miejsca zamieszkania kierowcy w Polsce albo
- kontynuacji podróży kierowcy i pasażerów do miejsca docelowego, wskazanego przez kierowcę, jeśli miejsce docelowe znajduje się w bliższej odległości od miejsca zdarzenia objętego ochroną niż miejsce zamieszkania kierowcy.

65. Możemy zorganizować powrót do miejsca zamieszkania: pociągami (bilet pierwszej klasy), autobusem bądź samolotem (bilet klasy ekonomicznej) – jeśli odległość przekracza 750 km. Ubezpieczony może skorzystać z tej usługi w przypadku wszystkich zdarzeń objętych ochroną, z wyjątkiem przebitej opony, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym lub braku paliwa – także w razie kradzieży ubezpieczonego pojazdu. Aby skorzystać z tej usługi muszą być spełnione łącznie dwa warunki:

- zorganizowaliśmy holowanie ubezpieczonego pojazdu oraz
- czas naprawy pojazdu oszacowany przez warsztat naprawczy przekracza 24 godziny lub odholowaliśmy ubezpieczony pojazd na wyznaczony przez nas parking strzeżony z uwagi na godziny pracy warsztatu naprawczego.

66. Ubezpieczony może skorzystać z usługi zakwaterowania w hotelu albo z usługi powrotu do miejsca zamieszkania albo kontynuacji podróży. Nie można łączyć tych usług.

Usługa mobilności

67. Jeśli Ubezpieczony nie może kontynuować jazdy ubezpieczonym pojazdem, zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu kierowcy i pasażerów ubezpieczonego pojazdu z miejsca zdarzenia do innego dowolnego miejsca oddalonego o maksymalnie 100 km od miejsca zdarzenia. Środkiem transportu mogą być: pociąg (bilet klasy ekonomicznej), autobus lub taksówka. Zapewnimy tę usługę w przypadku wszystkich zdarzeń objętych ochroną.

Usługi informacyjne i usługi concierge

68. W przypadku zaistnienia któregośkolwiek ze zdarzeń objętych ochroną Assistance Ubezpieczony może do nas zadzwonić i zapytać o:

- warunki drogowe,
- warsztaty samochodowe i wypożyczalnie pojazdów,
- informacje o możliwości naprawy i wynajmu pojazdów,
- najbliższe stacje benzynowe, stacje ładowania pojazdów elektrycznych,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- najbliższe zakłady wulkanizacyjne,
- postępowanie w razie wypadku i instrukcje dotyczące wypełniania europejskiego formularza protokołu wypadku drogowego.

69. Ubezpieczony może też poprosić o:

- rezerwację biletów samolotowych lub pociągowych,
- rezerwację hoteli,
- zamówienie taksówki.

Ubezpieczony pokrywa koszty organizowanych świadczeń.

Wymiana koła w ubezpieczonym pojeździe po przebicium opony

70. W razie przebicia jednej opony podczas jazdy ubezpieczonym pojazdem, zorganizujemy na miejscu zdarzenia i pokryjemy koszt wymiany koła, o ile znajduje się ono na wyposażeniu ubezpieczonego pojazdu.

71. W razie przebicia podczas jazdy więcej niż jednej opony lub w razie braku w ubezpieczonym pojeździe sprawnego koła zapasowego, zorganizujemy i pokryjemy koszt holowania ubezpieczonego pojazdu do warsztatu naprawczego lub innego wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca oddalonego od miejsca zdarzenia o maksymalnie 150 km lub do zakładu wulkanizacyjnego.

Dostarczenie paliwa

72. Jeśli podczas jazdy ubezpieczonym pojazdem zabraknie paliwa, zorganizujemy i pokryjemy koszt dostarczenia do niego paliwa w ilości wystarczającej, aby dojechać do najbliższej stacji benzynowej. Nie pokrywamy kosztów dostarczonego paliwa.

Powrót po odzyskany po kradzieży pojazd

73. Jeśli po kradzieży ubezpieczonego pojazdu zostanie on odzyskany, zorganizujemy i pokryjemy koszt podróży właściciela pojazdu lub osoby przez niego upoważnionej do miejsca, w którym pojazd ten się znajduje. Możemy zorganizować tę podróż: pociągiem (bilet pierwszej klasy), autobusem bądź samolotem (bilet klasy ekonomicznej) – jeśli odległość przekracza 750 km.

Holowanie przyczepy, podczepionej do ubezpieczonego pojazdu

74. Jeśli ubezpieczony pojazd został skradziony albo jest unieruchomiony i nie nadaje się do jazdy zgodnie z przepisami prawa o ruchu drogowym,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

a ciągnął on przyczepę, zorganizujemy i pokryjemy koszt holowania przyczepy do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego. W przypadku zdarzeń zaistniałych poza Polską wskazane miejsce może być oddalone o maksymalnie 1500 km od miejsca zdarzenia. Zrobimy tak we wszystkich przypadkach z wyjątkiem przebitej opony rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym lub braku paliwa. Aby skorzystać z tej usługi, muszą zostać spełnione następujące warunki:

- zorganizowaliśmy holowanie ubezpieczonego pojazdu lub
- skradziony ubezpieczony pojazd nie został odnaleziony w ciągu 48 godzin od chwili zgłoszenia kradzieży na policję.

Transport zwłok

75. Jeśli dojdzie do śmierci kierowcy lub któregośkolwiek z pasażerów ubezpieczonego pojazdu w wypadku, zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu zwłok (trumny lub urny) do miejsca pochówku w Polsce.

Złomowanie ubezpieczonego pojazdu

76. W przypadku zalania, spalenia lub całkowitego zniszczenia ubezpieczonego pojazdu w wyniku wypadku lub wandalizmu zwrócimy poniesione przez Ubezpieczonego koszty złomowania ubezpieczonego pojazdu do równowartości kwoty 125 euro. Ubezpieczony ma obowiązek przekazać nam dowód zapłaty za usługę.

Dodatkowe rozszerzenia

77. Zakres ubezpieczenia może obejmować dodatkowe ryzyka w zależności od rodzaju ubezpieczonego pojazdu. Opisujemy je poniżej.

Dodatkowy samochód zastępczy dla pojazdów elektrycznych

78. W przypadku ubezpieczonych pojazdów elektrycznych możemy zorganizować wynajem pojazdu spalinowego, dwa razy w ciągu okresu ubezpieczenia. Nie pokrywamy kosztów najmu pojazdu spalinowego.

79. Ubezpieczony zawiera umowę najmu pojazdu bezpośrednio z wypożyczalnią samochodów.

Holowanie motocykla po wypadku

80. W przypadku ubezpieczonych motocykli jeśli dojdzie do wypadku poza Polską zorganizujemy i pokryjemy koszt holowania motocykla do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, które znajduje się w Polsce bez limitu kilometrów.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Co nie jest objęte ochroną

81. Nie pokrywamy następujących szkód ani kosztów:

- 81.1. wynikających z samookaleczenia lub samobójstwa kierowcy ubezpieczonego pojazdu,
- 81.2. postoju na parkingu ubezpieczonego pojazdu, z wyjątkiem przypadku, w którym zorganizowaliśmy holowanie na parking strzeżony,
- 81.3. paliwa, opłat drogowych, promu, cła, grzywnien, ładowania pojazdów elektrycznych,
- 81.4. materiałów lub części zamiennych użytych do naprawy lub diagnostyki ubezpieczonego pojazdu oraz naprawy pojazdu w warsztacie naprawczym,
- 81.5. świadczeń w stosunku do osób przewożonych w ubezpieczonym pojeździe za opłatą,
- 81.6. w ładunkach lub przedmiotach przewożonych przez ubezpieczony pojazd,
- 81.7. poniesionych, jeśli ubezpieczony pojazd nie jest zarejestrowany w Polsce,
- 81.8. utraty dochodu przez kierowcę lub pasażerów ubezpieczonego pojazdu,
- 81.9. utraty dochodu z tytułu transportu pasażerów za opłatą,
- 81.10. rekompensaty za urazy doznane przez kierowcę lub pasażerów ubezpieczonego pojazdu.
- 81.11. kosztu zakupu lub wymiany kluczyka lub innego urządzenia służącego do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu,
- 81.12. kosztu zakupu nowych opon i pasów bezpieczeństwa w ubezpieczonym pojeździe,
- 81.13. kosztów hotelowych dla osób uprawnionych do otrzymania świadczenia, z wyjątkiem kosztów samego zakwaterowania.

82. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w świadczeniu usługi spowodowane:

- 82.1. strajkami, zamieszkami, aktami terroru, wojną, wojną domową lub skutkami działania energii jądrowej,
- 82.2. siłą wyższą, której następstwa uniemożliwiają lub opóźniają wykonanie usługi Assistance.

Wyłączenia ogólne

W tym rozdziale wskazujemy, czego dodatkowo nie obejmujemy ochroną w Assistance Optymalnym i Maksymalnym



[→ Spis treści](#)

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

83. Nie obejmujemy ochroną szkód, które powstały na skutek wskazanych niżej okoliczności:

- 83.1. Sytuacje, w których nie było związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zdarzeniem objętym przez nas ochroną ubezpieczeniową a szkodą.
- 83.2. Szkody lub zdarzenia spowodowane umyślnym działaniem Twoim lub Ubezpieczonego, na rachunek którego zawarłeś umowę, w sytuacji szkód spowodowanych rażącym niedbalstwem Twoim lub Ubezpieczonego, na rachunek którego zawarłeś umowę, jesteśmy wolni od odpowiedzialności, chyba że wypłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
- 83.3. Szkody lub zdarzenia spowodowane umyślnie przez osobę, z którą Ty lub Ubezpieczony, na rachunek którego zawarłeś umowę, pozostajecie we wspólnym gospodarstwie domowym.
- 83.4. Szkody lub zdarzenia, do których doszło podczas prowadzenia ubezpieczonego pojazdu przez: Ubezpieczonego, użytkownika ubezpieczonego pojazdu, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym w stanie pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków narkotycznych. Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli pozostawanie w tym stanie spowodowało szkody lub zdarzenia.
- 83.5. Szkody lub zdarzenia spowodowane przez: Ubezpieczonego, użytkownika ubezpieczonego pojazdu, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, jeśli osoby te nie posiadały w chwili wypadku uprawnień do kierowania ubezpieczonym pojazdem wymaganych prawem kraju, na terenie którego doszło do zdarzenia. Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli nie spowodowało to szkody lub zdarzenia. Zastosujemy je, gdy kierowca prowadzi ubezpieczony pojazd przeznaczony do nauki jazdy w ramach kursu przygotowującego do egzaminu na prawo jazdy lub lekcji doszkalających przed tym egzaminem oraz podczas tego egzaminu, a we wniosku lub w przyjętej przez Ciebie ofercie nie został wskazany taki sposób użytkowania ubezpieczonego pojazdu.
- 83.6. Szkody lub zdarzenia, do których doszło podczas kierowania ubezpieczonym pojazdem, który nie posiadał wymaganego ważnego okresowego badania technicznego. Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli stan techniczny pojazdu nie spowodował szkody lub zdarzenia.
- 83.7. Szkody lub zdarzenia, do których doszło podczas używania ubezpieczonego pojazdu jako narzędzia przestępstwa przez: Ubezpieczonego, użytkownika ubezpieczonego pojazdu, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym. Czyn ten

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

musi stanowić przestępstwo według prawa miejsca zdarzenia.

To oznacza, że którakolwiek z tych osób posłużyła się ubezpieczonym pojazdem:

- w celu popełnienia przestępstwa umyślnego, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
- podczas użycia ubezpieczonego pojazdu do ucieczki przed zatrzymaniem przez uprawnione organy.

Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli nie spowodowało to szkody lub zdarzenia.

- 83.8. Szkody lub zdarzenia powstałe w ubezpieczonym pojeździe w trakcie używania go przez Ubezpieczonego, użytkownika ubezpieczonego pojazdu, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym:

- jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą, chyba że uzyskasz naszą zgodę i opłacisz dodatkową składkę,
- do nauki jazdy, chyba że uzyskasz naszą zgodę i opłacisz dodatkową składkę.

Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli nie spowodowało to szkody lub zdarzenia.

- 83.9. Szkody lub zdarzenia spowodowane:

- wydarzeniami wojennymi, nacjonalizacją, konfiskatą, przywłaszczeniem, rekwizycją ubezpieczonego pojazdu,
- aktami terroru,
- zamieszkami,
- użyciem ubezpieczonego pojazdu do blokad dróg lub akcji protestacyjnych,
- użyciem ubezpieczonego pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska i policji.

Obowiązki Twoje i ubezpieczonego

W tej części znajdziesz informacje
o tym, jakie są Twoje i nasze obowiązki
związane z ochroną ubezpieczeniową.

2.3

[→ Spis treści](#)

Obowiązki Twoje lub ubezpieczonego

Gdy zawierasz umowę masz obowiązki:

84. Masz obowiązek ujawnić nam wszystkie znane Ci okoliczności, o które pyaliśmy Cię we wniosku o zawarcie umowy albo w innych pismach przed zawarciem umowy. Jeśli zawierasz umowę przez przedstawiciela, na nim także spoczywa ten obowiązek i obejmuje ponadto jemu znane okoliczności. Jeśli nie otrzymamy odpowiedzi na poszczególne pytania, a mimo to zawrzemy z Tobą umowę, to uznajemy, że pominięte okoliczności nie były istotne. Jeśli w czasie trwania umowy okoliczności, o które pyaliśmy przed zawarciem umowy zmieniają się, masz obowiązek poinformować nas o tym niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

85. Jeśli zawrzesz umowę na cudzy rachunek, obowiązki te spoczywają zarówno na Tobie, jak i na Ubezpieczonym. Wyjątkiem są sytuacje, gdy Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

86. Nie odpowiadamy za skutki okoliczności, o których nie wiedzieliśmy, pomimo, że miałeś obowiązek nas o nich poinformować. Jeśli Ty lub Ubezpieczony umyślnie nie ujawniliście nam tych okoliczności, w razie wątpliwości przyjmiemy, że objęte ochroną zdarzenie i jego następstwa są skutkiem okoliczności, których nam nie ujawniono.

87. Ubezpieczony ma prawo uzyskać od nas informacje o postanowieniach umowy, które dotyczą jego praw i obowiązków.

88. Każde oświadczenie, które do nas wysyłasz, powinno zawierać Twoje dane, które pomogą nam Cię zidentyfikować.

Gdy dojdzie do szkody Ubezpieczony ma obowiązek:

89. Użyć dostępnych środków, aby ratować przedmiot ubezpieczenia oraz zapobiec szkodzie lub zmniejszyć jej rozmiary. Jeśli Ty lub Ubezpieczony umyślnie lub przez rażące niedbalstwo nie dopełnicie tego obowiązku, nie odpowiemy za szkody powstałe z tego powodu lub za te, których rozmiar powiększył się z tego powodu. Jesteśmy przy tym zobowiązani, w granicach sumy ubezpieczenia, zwrócić koszty wynikłe

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

z zastosowania tych środków, jeżeli środki te były celowe – nawet jeśli okazały się bezskuteczne.

90. Zawiadomić nas o zdarzeniu – ten obowiązek dotyczy również Ubezpieczonego, jeśli wiedział on o zawarciu umowy na jego rachunek. Terminy zawiadomień są wskazane w punkcie 96. Jeśli Ty lub Ubezpieczony (o ile wie o zawarciu umowy na jego rachunek) umyślnie lub przez rażące niedbalstwo nie poinformujecie nas o zdarzeniu, możemy odpowiednio zmniejszyć wypłacane odszkodowanie, gdy miało to wpływ na zwiększenie szkody lub nie pozwoliło nam ustalić okoliczności i skutków zdarzenia. Skutki braku zawiadomienia nas o wypadku nie następują, jeżeli w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymaliśmy wiadomość o okolicznościach, które należało podać do naszej wiadomości.

91. Zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

92. Przekazać nam kopię notatki policyjnej, jeśli doszło do kradzieży ubezpieczonego pojazdu.

Gdy dojdzie do zdarzenia mamy obowiązek:

93. Zrealizować wszystkie należne świadczenia.

94. Poinformować Ubezpieczonego o zakończeniu procesu likwidacji szkody.

95. Poinformować Ubezpieczonego, jeśli nie będziemy w stanie wywiązać się z terminów zakończenia procesu likwidacji szkody. Szczegóły znajdują się w rozdziale Terminy realizacji świadczenia.

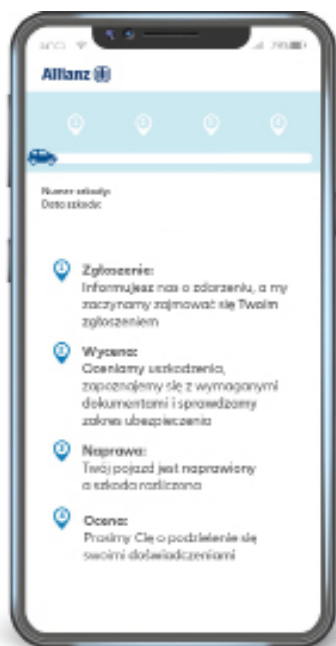
96. Wypłacić należne odszkodowania i świadczenia w złotych. Jeśli kwota jest wyrażona w euro lub innej walucie obcej, wysokość wypłacanej kwoty ustalamy przy zastosowaniu średniego kursu Narodowego Banku Polskiego na dzień wymagalności roszczenia.

Szkoda – i co dalej?

Gdy pojawia się szkoda nie jest to przyjemne. Jednak proces jej zgłoszenia i obsługi może być prosty. Niestety, szkody się zdarzają.

2.4

Proces likwidacji szkody



Gdy dojdzie do szkody



Ocena szkody



Zasady wypłaty odszkodowania



Informacja zwrotna

97. W razie szkody Ubezpieczony powinien:

- 97.1. zapewnić bezpieczeństwo na drodze (włączyć światła awaryjne, rozłożyć trójkąt ostrzegawczy, użyć kamizelki odblaskowej),
- 97.2. zapewnić pierwszą pomoc, a jeśli jest taka potrzeba – wezwać pogotowie,

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

- 97.3. wezwać policję, jeśli zdarzył się wypadek, który mógł stanowić przestępstwo lub w którym zostali ranni lub zginęli ludzie,
- 97.4. jeśli potrzebuje holowania, zadzwonić pod numer Assistance 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora).



Gdy dojdzie do szkody

98. Po podjęciu działań, które zapewniają bezpieczeństwo na drodze, Ubezpieczony (o ile wie o zawarciu umowy na jego rachunek) powinien zgłosić szkodę. Powinien to zrobić niezwłocznie po jej wystąpieniu – nie później niż 24 godziny licząc od dnia szkody lub dnia, w którym Ubezpieczony dowiedział się o zdarzeniu, które ją wywołało.

99. Aby zrealizować świadczenie powinniśmy wiedzieć, że doszło do zdarzenia, które obejmujemy ochroną. Najszybszym sposobem, w jakim można powiadomić nas o szkodzie, jest:

- 99.1. zgłoszenie przez formularz na naszej stronie www.allianz.pl,
- 99.2. skontaktowanie się z nami telefonicznie pod numerem 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),

100. Ubezpieczony powinien podać nam informacje niezbędne do ustalenia przyczyny, zakresu i rodzaju szkody, a w szczególności o zgłaszającym szkodę, pojeździe, wypadku i szkodzie.

101. Jeśli Ubezpieczony podczas zgłaszania szkody umyślnie poda nam nieprawdziwe informacje o przyczynach, zakresie szkody lub umyślnie nie poda nam pełnych informacji, możemy – w zakresie, w jakim Ubezpieczony to spowodował:

- 101.1. żądać zwrotu poniesionych przez nas kosztów ustalenia przyczyny szkody,
- 101.2. zmniejszyć kwotę wypłacanego odszkodowania,
- 101.3. odmówić realizacji świadczenia.



Ocena szkody

102. Zanim zrealizujemy świadczenie, konieczna jest jego ocena.

103. Aby przyspieszyć proces likwidacji szkody poprosimy Cię lub Ubezpieczonego, byście przekazali nam w wersji elektronicznej dokumenty niezbędne do przeprowadzenia likwidacji szkody, np.:

- 103.1. dokument, który opisuje okoliczności powstania wypadku,
- 103.2. notatkę policyjną (jeżeli taka została sporządzona).

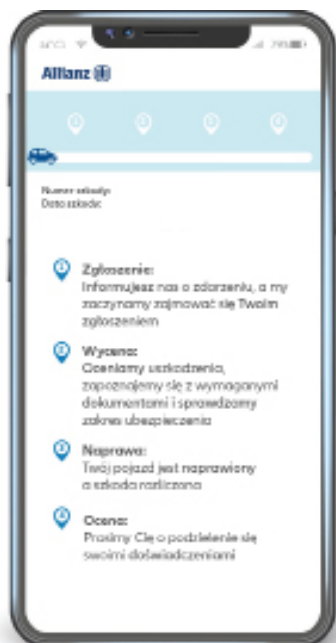


Zasady wypłaty odszkodowania

104. Świadczenie realizujemy na rzecz:

- 104.1. Ubezpieczonego lub osoby przez niego upoważnionej lub
- 104.2. spadkobierców Ubezpieczonego lub
- 104.3. następców prawnych osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej.

Proces likwidacji szkody



Sposób realizacji świadczeń



Terminy realizacji świadczeń



Roszczenie regresowe



Umowa po szkodzie



Sposób realizacji świadczeń

105. Zwrócimy Ubezpieczonemu poniesione koszty usługi Assistance. Wypłacimy je w zakresie określonym w umowie – maksymalnie do wysokości limitów tam określonych. Koszty te zwracamy, gdy:

- 105.1. Ubezpieczony z przyczyn niezależnych od siebie lub z powodu siły wyższej (której następstwa spowodowały niemożność lub opóźnienie w zgłoszeniu nam zdarzenia ubezpieczeniowego) nie zgłosił zdarzenia objętego ochroną i skorzystał ze świadczeń Assistance zorganizowanych samodzielnie, bez naszego udziału lub
- 105.2. zdarzenie objęte ochroną miało miejsce na autostradzie, a Ubezpieczonemu pomogły służby drogowe dedykowane do obsługi autostrady.



Terminy realizacji świadczeń

106. Spełnimy świadczenie w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu. Jeżeli w tym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia okaże się niemożliwe, świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności będzie możliwe wyjaśnienie tych okoliczności.

107. Spełnimy bezsporną część świadczenia w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.

108. Jeżeli w terminach określonych w ustawie lub w umowie nie wypłacimy odszkodowania lub świadczenia nasz przedstawiciel pisemnie poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpiezonego (w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie), o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części, a także wypłaci bezsporną część świadczenia.

109. Jeśli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub jeśli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu nasz przedstawiciel pisemnie poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpiezonego (w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) wskazując na okoliczności, oraz podstawę prawną takiej decyzji. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.



Roszczenia regresowe

110. Roszczenie regresowe polega na tym, że jeśli wypłacimy odszkodowanie, mamy prawo dochodzić jego zwrotu od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody. Roszczenia regresowego dochodzimy na poniższych zasadach:

- 110.1. Z dniem, w którym wypłacimy odszkodowanie, roszczenie wobec osoby odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na nas do wysokości wypłaconej kwoty. W sytuacji, gdy pokryliśmy szkodę jedynie w części, Ubezpieczony ma pierwszeństwo zaspokojenia przed naszymi roszczeniami.
- 110.2. Nie przechodzą na nas roszczenia wobec osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
- 110.3. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony jest zobowiązany zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

Jakie są najważniejsze części umowy

W tej części informujemy o składce,
warunkach ubezpieczenia oraz sposobie,
w jaki może dojść do rozwiązania umowy.

2.5

[→ Spis treści](#)

Opłacanie składek

111. Wysokość składki określamy na podstawie wysokości taryfy, która obowiązuje w dniu zawarcia umowy lub aneksu do umowy. Elementy, które mają wpływ na składkę to: wartość rynkowa ubezpieczonego pojazdu, suma ubezpieczenia, rodzaj ubezpieczenia, marka i model ubezpieczonego pojazdu oraz inne czynniki konieczne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Pytamy Cię o nie we wniosku o zawarcie umowy lub wskazujemy w przyjętej przez Ciebie ofercie bądź aneksie do umowy. Na wysokość składki mają też wpływ zniżki, które przyznajemy w danym okresie. Taryfa składek uwzględnia spadek wartości rynkowej ubezpieczonego pojazdu następujący wraz z upływem czasu. Tym samym nie ma zastosowania zwrot składki w wypadku zmniejszenia się wartości ubezpieczonego pojazdu w okresie obowiązywania umowy.

112. Jesteś zobowiązany opłacać składkę.

113. Jeśli zawarłeś z nami umowę, składkę możesz opłacić jednorazowo lub w ratach. Wysokość składki i terminy jej zapłaty określiliśmy w polisie.

114. Składkę możesz opłacić:

- przelewem bankowym lub korzystając z usługi płatniczej,
- przekazem pocztowym,
- kartą płatniczą,
- gotówką.

Za datę wpłaty przyjmujemy datę zlecenia przelewu w banku, nadania przekazu, płatności kartą lub zapłacenia składki uprawnionemu pośrednikowi ubezpieczeniowemu.

115. Jeśli zapłacisz kwotę niższą niż to wynika z umowy, uznamy, że składka lub jej rata nie została opłacona.

116. Jeśli nasza odpowiedzialność się rozpoczęła, a Ty nie opłaciłeś składki lub jej pierwszej raty terminowo, mamy prawo wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. Zażądamy wtedy zapłaty składki za okres naszej odpowiedzialności. Jeśli umowa nie zostanie rozwiązana w tym trybie, wygasa ona wraz z końcem okresu, za który miałeś obowiązek zapłacić tę składkę. Mamy wtedy prawo do składki za cały okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

117. Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie, jeśli nie opłacisz raty kolejnej składki w kwocie i terminie, które określa umowa, mimo że wystaliśmy Ci wezwanie po upływie terminu jej płatności. W tym wezwaniu:

- wskażemy wysokość nieopłaconej raty składki oraz dodatkowy 7-dniowy termin zapłaty
- pouczymy Cię, że jej brak spowoduje ustanie ochrony ubezpieczeniowej.

Jeśli nie wyślemy Ci takiego wezwania, ochrona ubezpieczeniowa nie wygasa, a nam przysługuje prawo do składki za cały okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

118. Jeśli z umowy wynika, że ochrona rozpoczyna się nie wcześniej niż z dniem zapłaty składki lub jej pierwszej raty, a zapłaciłeś składkę lub jej pierwszą ratę po dacie początku ochrony wskazanej w polisie, wówczas przysługuje Ci zwrot składki proporcjonalnie do skróconego okresu ochrony z powodu Twojego opóźnienia. W tej sytuacji ochrona wygasa z dniem wskazanym w polisie.

119. Kiedy wystąpi zdarzenie ubezpieczeniowe, które powoduje obowiązek spełnienia świadczenia, wyczerpującego sumę ubezpieczenia – pozostała do zapłaty składka staje się natychmiast wymagalna. Możemy potrącić z kwoty należnego odszkodowania wymagalną składkę, która pozostała do zapłaty – o ile jesteś równocześnie Ubezpieczonym.

120. Jeśli ochrona wygaśnie przed końcem okresu, na który była zawarta umowa, masz prawo do zwrotu składki w wysokości proporcjonalnej do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej.

121. Gdy odstąpisz od umowy, przysługuje Ci zwrot składki.

122. W razie rozwiązania umowy przysługuje nam składka za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

123. Jeśli dojdzie do ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zarówno Ty jak i my możemy zażądać zmiany wysokości składki od momentu, w którym wystąpiła ta okoliczność, ale nie wcześniej niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. Jeśli z takim żądaniem wystąpi jedna ze stron umowy, druga strona może wypowiedzieć umowę w ciągu 14 dni ze skutkiem natychmiastowym.

Okres obowiązywania umowy

124. Nasza odpowiedzialność z tytułu umowy rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie oraz potwierdzonym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Jednak – o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej – nie rozpocznie się ona wcześniej niż od następnego dnia po tym, jak zapłacisz składkę lub jej ratę.

Zawarcie umowy

125. O ile Ty i my (strony) nie ustalimy inaczej, to umowę zawieramy na rok (okres ubezpieczenia). Data początku okresu ochrony w ubezpieczeniu Assistance Optymalnym lub Maksymalnym jest taka sama jak w przypadku umowy głównej.

126. Na podstawie tych o.w.u. Ty i my jesteśmy uprawnieni, za naszą wspólną zgodą, do zawarcia umowy na kolejny okres ubezpieczenia.

127. Przed zawarciem umowy otrzymasz od nas te o.w.u.

128. Umowę zawieramy z Tobą na Twój wniosek. Składasz go u naszego przedstawiciela lub za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość. Wniosek stanowi integralną część umowy. Umowa może być też zawarta poprzez przyjęcie przez Ciebie warunków złożonej przez nas oferty. Przed zawarciem umowy na odległość dodatkowo udostępniemy Ci regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną.

129. Zawarcie umowy potwierdzamy wystawiając polisę, w której potwierdzimy wybrany przez Ciebie wariant.

130. Możemy sprawdzić dane dotyczące identyfikacji i stanu technicznego pojazdu lub wyposażenia oraz własności pojazdu i dokumenty zaświadczające opłacenie podatków w przypadku pojazdu niezarejestrowanego i wwiezionego do Polski. Robimy to, aby ocenić ryzyko ubezpieczeniowe. W tym celu możemy poprosić Ciebie lub Ubezpieczonego, abyście dostarczyli pojazd i niezbędne dokumenty (dokumenty zakupu,

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

stanu technicznego, zaświadczające opłacenie podatków) w uzgodnione wspólnie miejsce.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

131. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- 131.1. z dniem rozwiązania umowy głównej,
- 131.2. z upływem ostatniego dnia okresu, na jaki zawarliśmy umowę (okres ubezpieczenia),
- 131.3. z dniem przeniesienia prawa własności ubezpieczonego pojazdu, z wyjątkiem sytuacji, gdy przechodzi on na Twoją własność jako leasingobiorcy lub kredytobiorcy, a w polisie byłeś dotychczas zarówno Ubezpieczającym, jak i użytkownikiem,
- 131.4. z dniem wyrejestrowania ubezpieczonego pojazdu lub jego demontażu,
- 131.5. z dniem rejestracji ubezpieczonego pojazdu za granicą Polski,
- 131.6. z dniem Twojego odstąpienia od umowy,
- 131.7. z dniem wypowiedzenia umowy przez Ciebie lub przez nas w sytuacjach, o których mowa w tych o.w.u.,
- 131.8. z dniem wypłaty odszkodowania za kradzież ubezpieczonego pojazdu (wyjątkiem jest zabór ubezpieczonego pojazdu w celu krótkotrwałego użycia, według art. 289 kodeksu karnego).

Odstąpienie od umowy

132. Jeśli umowa łącząca Cię z nami jest zawarta na dłużej niż 6 miesięcy, możesz odstąpić od niej w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeśli jesteś przedsiębiorcą, możesz to zrobić w ciągu 7 dni od zawarcia umowy. Nie musisz podawać przyczyn odstąpienia. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Cię z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym zapewnialiśmy ochronę ubezpieczeniową.

133. Jeśli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia umowy nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od umowy, termin 30 dni na odstąpienie od umowy liczony jest od dnia, w którym dowiesz się o tym prawie.

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

134. Jeśli jesteś konsumentem i zawrzesz umowę przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (np. internet), termin, w którym możesz odstąpić od umowy, wynosi 30 dni od dnia, w którym poinformowaliśmy Cię o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy o prawach konsumenta (liczy się termin późniejszy). Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. Nie musisz podawać przyczyn odstąpienia.

135. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy wyślij nam najpóźniej w ostatnim dniu terminu, w którym masz prawo do odstąpienia.

Wypowiedzenie umowy

136. Możemy wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym z następujących ważnych powodów:

- 136.1. po zawarciu umowy ubezpieczenia wyjdą na jaw istotne różnice pomiędzy Twoimi oświadczeniami zawartymi we wniosku o zawarcie umowy a stanem faktycznym,
- 136.2. jeśli Ty lub Ubezpieczony (jeśli ubezpieczenie zostało zawarte na cudzy rachunek) podejmiecie próbę celowego wytudzenia od nas świadczenia ubezpieczeniowego,
- 136.3. gdy dowiemy się, że ubezpieczony pojazd nie jest własnością Ubezpieczonego – niezgodnie z Twoją deklaracją we wniosku o zawarcie umowy lub stanem opisanym w przyjętej przez Ciebie ofercie,
- 136.4. gdy dowiemy się, że zmieniłeś sposób użytkowania ubezpieczonego pojazdu na którykolwiek ze wskazanych w punkcie 7.

Jak złożyć reklamację, skargę lub zażalenie

137. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:

- 137.1. na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

- 137.2. ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
- 137.3. elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.

138. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.

139. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określmy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.

140. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.

141. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

Jak inaczej można rozwiązać spór

142. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

143. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

144. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Obowiązujące przepisy prawa

145. Jeśli jakieś kwestie nie są uregulowane w umowie lub w tych o.w.u., zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego i inne przepisy prawa polskiego.

146. Stosujemy język polski w relacjach wynikających z tych o.w.u.

Właściwość sądów

147. Pozew, który dotyczy umowy lub z niej wynika, można wnieść do sądu:

- 147.1. właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego albo
- 147.2. właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy,
- 147.3. właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy.

Definicje

W tym rozdziale wyjaśnimy pojęcia, których używamy w przewodniku.

2.6

[→ Spis treści](#)

A

Awaria

nieoczekiwana niesprawność ubezpieczonego pojazdu pochodzenia mechanicznego, elektrycznego lub elektronicznego, która powoduje jego unieruchomienie lub:

- rozładowanie akumulatora,
- niesprawność oświetlenia zewnętrznego pojazdu,
- niesprawność wycieraczek,
- niesprawność pasów bezpieczeństwa,
- niesprawność alarmu.

K

Kradzież

zdarzenie opisane w kodeksie karnym jako:

- zabór cudzej rzeczy ruchomej w celu przywłaszczenia – art. 278 KK,
- zabór cudzej rzeczy z włamaniem – art. 279 KK,
- zabór cudzej rzeczy przy użyciu przemocy lub groźby jej użycia albo doprowadzeniu człowieka do stanu nieprzytomności lub bezbronności w celu kradzieży mienia – art. 280 KK.

O

Oferta

złożona Tobie przez Allianz oferta zawarcia umowy ubezpieczenia. Składamy ją na podstawie informacji wcześniej otrzymanych od Ciebie.

Osoba trzecia

osoba pozostająca poza stosunkiem ubezpieczenia wynikającym z umowy zawartej z nami.

P

Pojazd

środek transportu lądowego, który może poruszać się po drogach publicznych, zarejestrowany w Polsce na podstawie przepisów prawa o ruchu drogowym.

Pojazd zastępczy

pojazd udostępniony Ubezpieczonemu, gdy ubezpieczony pojazd zostanie unieruchomiony w wyniku zdarzenia, które jest objęte ochroną. Opłacimy koszty najmu zgodnie z zakresem ochrony ubezpieczeniowej i limitami określonymi w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Warunki udostępnienia pojazdu zastępczego określa dostawca usługi wynajmu pojazdu.

Polska

Rzeczpospolita Polska.

Przywłaszczenie

przestępstwo opisane w art. 284 KK jako przywłaszczenie sobie cudzej lub powierzanej rzeczy ruchomej.

S

Siła wyższa

nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od nas, Ciebie lub Ubezpieczonego, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków.

Stan pod wpływem alkoholu

stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia 0,2 promila alkoholu lub więcej, lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi lub prowadzi do stężenia 0,1 mg lub więcej.

Stan pod wpływem środków narkotycznych

stan po użyciu środków odurzających lub po użyciu substancji psychotropowych lub po użyciu środków zastępczych lub po użyciu nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Systemy eksperckie

systemy informatyczne: Audatex, Eurotax, Info-Ekspert, DAT. Wykorzystujemy je, aby kalkulować koszty naprawy i wyceniać wartość pojazdów, również pojazdów uszkodzonych. Nazwę systemu eksperckiego, na podstawie którego ustaliliśmy wartość ubezpieczonego pojazdu w dniu zawarcia umowy, znajdziesz we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i na polisie.

2.6 DEFINICJE

U

Ubezpieczający, Ty

osoba, która zawarła z nami umowę i zobowiązała się do opłacania składek.

Ubezpieczony

osoba, której dobra chronimy na podstawie umowy. W zależności od naszego świadczenia: kierowca lub każdy z pasażerów znajdujący się w ubezpieczonym pojeździe w momencie zaistnienia zdarzenia objętego udzielaną przez nas ochroną.

Ubezpieczony pojazd

pojazd, wskazany we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i w polisie.

Umowa

umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia Assistance Optymalny lub Maksymalny wchodzących w skład tego przewodnika.

Umowa główna

Umowa ubezpieczenia zawarta z nami na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia Przewodnik po ubezpieczeniu Mój samochód

Unieruchomienie

stan ubezpieczonego pojazdu, który uniemożliwia jego dalsze, bezpieczne i zgodne z obowiązującymi przepisami ruchu drogowego użytkowanie na drogach publicznych.

Użytkownik pojazdu

osoba, która posiada dokumenty ubezpieczonego pojazdu oraz klucz/kartę/sterownik lub pilot do jego otwarcia lub uruchomienia i otrzymała je za zgodą i wiedzą właściciela ubezpieczonego pojazdu lub innej osoby, która ma prawo nim rozporządzać. Użytkownikiem pojazdu jest przede wszystkim:

- korzystający z ubezpieczonego pojazdu na podstawie umowy leasingu, pożyczkobiorca albo kredytobiorca, któremu bank oddał przełączony pojazd do używania,
- inna osoba, która faktycznie włada ubezpieczonym pojazdem za zgodą właściciela, zwłaszcza

na podstawie umowy użyczenia, przechowania, komisu lub w ramach stosunku pracy,

- osoba, która faktycznie włada ubezpieczonym pojazdem za zgodą osoby, o której mowa w dwóch poprzednich punktach.

W

Wandalizm

umyślne zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego pojazdu lub jego części przez osoby trzecie.

Warsztat naprawczy

warsztat zlokalizowany najbliżej miejsca zdarzenia objętego ochroną i rekomendowany przez nas. Możesz wybrać inny warsztat, jeśli odległość pomiędzy miejscem zdarzenia ubezpieczeniowego a wybranym przez Ciebie warsztatem, jest mniejsza niż odległość między miejscem zdarzenia ubezpieczeniowego a warsztatem naprawczym rekomendowanym przez nas.

Wartość rynkowa pojazdu

wartość ubezpieczonego pojazdu ustalamy na podstawie notowań rynkowych pojazdu danej marki, typu i roku produkcji w systemie eksperckim. Uwzględniamy w niej korekty, zwłaszcza związane z: wyposażeniem pojazdu (standardowym i dodatkowym, które wskazałeś we wniosku o zawarcie umowy), przebiegiem, stanem technicznym, okresem eksploatacji pojazdu, wcześniejszymi naprawami, liczbą właścicieli, sposobem jego poprzedniego użytkowania. Wartość rynkowa pojazdu:

- brutto – zawiera podatek VAT,
- netto – nie zawiera podatku VAT,
- netto + 50% VAT – zawiera 50% podatku VAT.

Wiek pojazdu

różnica lat między rokiem zawarcia umowy a rokiem produkcji ubezpieczonego pojazdu.

Wypadek

zdarzenie, którego skutkiem jest uszkodzenie lub zniszczenie ubezpieczonego pojazdu spowodowane przez:

- kolizję ubezpieczonego pojazdu z innym pojazdem, uczestnikiem ruchu drogowego,

2.6 DEFINICJE

przedmiotem lub zwierzęciem znajdującym się na zewnątrz ubezpieczonego pojazdu,

- pożar, eksplozję, implozję,
- huragan, grad, uderzenie pioruna, powódź, osunięcia ziemi lub zapadnięcie ziemi, lawiny lub działanie innych sił przyrody,
- działanie czynnika termicznego i chemicznego pochodzącego spoza ubezpieczonego pojazdu,
- utratę możliwości poruszania się ubezpieczonego pojazdu wynikającą z najechania na przedmiot w taki sposób, że koła ubezpieczonego pojazdu nie mają wystarczającej styczności z nawierzchnią,
- opuszczenie drogi w wyniku utraty panowania nad ubezpieczonym pojazdem.

Wyposażenie pojazdu

sprzęt i urządzenia, które są własnością Ubezpieczonego i służą:

- do utrzymania lub używania ubezpieczonego pojazdu zgodnie z jego przeznaczeniem,
- bezpieczeństwu jazdy,
- zabezpieczeniu ubezpieczonego pojazdu przed kradzieżą.

Wyposażenie ubezpieczonego pojazdu musi być zamontowane na stałe: nie można go zdejmować bez użycia narzędzi mechanicznych – z wyjątkiem przypadków, które wskazujemy w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Za wyposażenie pojazdu uznajemy:

- wyposażenie standardowe, które producent pojazdu montuje standardowo w warunkach montażu fabrycznego lub generalny importer pojazdu do Polski montuje w pojazdach danej marki, modelu i wersji,
- wyposażenie dodatkowe, które producent pojazdu montuje dodatkowo w warunkach montażu fabrycznego lub generalny importer pojazdu do Polski montuje w pojazdach danej marki, modelu i wersji.

Wyposażenie dodatkowe to też:

- niewymagające trwałego montażu: nawigacja (niewbudowana), CB radio, radio CD/DVD, sprzęt audio, bagażnik dachowy, fotelik dziecięcy, wideorejestратор trasy, felgi, boksy dachowe, uchwyty rowerowe/na narty oraz gaśnica, apteczka, trójkąt ostrzegawczy,
- instalacja gazowa niemontowana fabrycznie,
- wallbox (urządzenie przeznaczone do ładowania pojazdów elektrycznych), kabel do ładowania pojazdów elektrycznych,
- wyposażenie, które nie było montowane w warunkach montażu fabrycznego, zamontowane w ubezpieczonym pojeździe lub wykorzystywane przy prowadzonej działalności gospodarczej. Wyposażenie to powinno być potwierdzone dokumentem montażu lub zakupu.

Wyposażenie dodatkowe obejmujemy ochroną, jeśli wskazano je we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i potwierdzono w polisie.

Z

Zamieszki

spontaniczne, niezorganizowane zakłócenie porządku publicznego wywołane przez grupę ludzi.

2.6 DEFINICJE

W tych ogólnych warunkach ubezpieczenia posługujemy się skróconymi nazwami następujących ustaw:

- ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny – używamy skrótu: kodeks cywilny,
- ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. kodeks postępowania cywilnego – używamy skrótu: kodeks postępowania cywilnego,
- ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny – używamy skrótu: kodeks karny lub KK,
- ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. prawo o ruchu drogowym – używamy skrótu: prawo o ruchu drogowym,
- ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniowym funduszu gwarancyjnym i polskim biurze ubezpieczycieli komunikacyjnych – używamy skrótu: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych,
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – używamy skrótu: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych – używamy skrótu: ustawa o przewozie towarów niebezpiecznych,
- ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – używamy skrótu: ustawa o prawach konsumenta,
- ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. prawo pocztowe – używamy skrótu: ustawa prawo pocztowe,
- ustawa z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – używamy skrótu: ustawa o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich,
- ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – używamy skrótu: ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej ustawa

Przewodnik po ubezpieczeniu Assistance Maksymalny został zatwierdzony uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 115/2024.

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4B, 00-189 Warszawa, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000028261, NIP: 525-156-50-15, wysokość kapitału zakładowego: 457 110 000 zł (wpłaconego w całości), posiadająca status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych

Przydatne wskazówki

Tu znajdziesz wskazówki, jak dbać o bezpieczeństwo swoje i innych, gdy korzystasz z pojazdu.

[→ Spis treści](#)

Poniższe wskazówki nie stanowią treści o.w.u. – pełnią one jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia. Obowiązki związane z umową wynikają z treści o.w.u. (a więc rozdziałów 1 i 2).

Jak zabezpieczyć samochód w przypadku wystąpienia anomalii pogodowych?



Śledź ostrzeżenia i zalecenia lokalnych władz – jeśli zajdzie konieczność ewakuacji lub przemieszczenia pojazdu, postępuj zgodnie z zaleceniami.



Upewnij się, że wszystkie okna i drzwi są zamknięte – w przypadku wystąpienia burzy z silnym wiatrem lub gradu, ważne jest, aby wszystkie okna i drzwi samochodu były dokładnie zamknięte, aby uniknąć zalania wnętrza lub uszkodzeń, które mogą powstać w wyniku gradobicia.



Zabezpiecz samochód przed gradem – jeśli to możliwe, postaraj się znaleźć zadane miejsce parkingowe, takie jak garaż lub zadany parking, aby uniknąć uszkodzeń spowodowanych przez grad. Jeśli nie ma takiej możliwości, możesz użyć specjalnego pokrowca ochronnego, które mogą pomóc w minimalizacji szkód.



Unikaj parkowania pod drzewami w czasie burz i silnych wiatrów – mogą powodować upadanie gałęzi z drzew, co może uszkodzić samochód.



Regularnie dbaj o pojazd – regularna konserwacja samochodu (w tym sprawdzanie stanu opon, działania układu hamulcowego i innych istotnych podzespołów) może pomóc w zapobieganiu uszkodzeniom spowodowanym przez ekstremalne warunki pogodowe.

Jak jeździć bezpiecznie



Nie korzystaj z telefonu w trakcie prowadzenia pojazdu. Pisanie smsów czy np. ustawianie nawigacji podczas jazdy odwraca uwagę od sytuacji na drodze. A to podnosi ryzyko spowodowania wypadku lub kolizji.



Przestrzegaj ograniczeń prędkości i zachowuj bezpieczny odstęp pomiędzy pojazdami. Zawsze zwracaj uwagę na znaki drogowe.



Zapinaj pasy bezpieczeństwa i wymagaj tego od swoich pasażerów.



Podczas długich podróży zatrzymuj się na krótką przerwę co dwie godziny.



Przygotuj samochód na trudne warunki pogodowe – opady deszczu lub śniegu oraz oblodzoną nawierzchnię.

Jak konserwować i użytkować pojazd



Dbaj o stan techniczny pojazdu – nie zapominaj o wymaganych przeglądach technicznych, regularnie sprawdzaj ciśnienie w oponach i poziom oleju w pojeździe.



Dbaj o sprawność wycieraczek i regularnie wymieniaj w nich pióra.



Upewnij się, że światła pojazdu są sprawne i czyste.

Jak przeciwdziałać kradzieży



Nie pozostawiaj pojazdu bez nadzoru, zwłaszcza w podejrzanych lub niezamieszkałych miejscach.



Zawsze, gdy opuszczasz samochód, uruchamiaj zabezpieczenia przeciwkradzieżowe.



Nigdy nie zostawiaj dowodu rejestracyjnego w pojeździe.



Rozważ użycie dodatkowych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, jak np. blokada skrzyni biegów.



Zawsze wyjmuj z pojazdu kluczyki, nawet jeśli jest on zaparkowany na terenie prywatnym. Pamiętaj o zamknięciu wszystkich okien.

Jak dbać o bezpieczeństwo w podróży



Gdy wyruszasz w dłuższą podróż, zabierz gumę do żucia. Żucie gumy dotlenia mózg i sprzyja podniesieniu koncentracji.



Unikaj parkowania pod drzewami albo w miejscach o wysokim ryzyku osunięcia się kamieni, lodu lub śniegu.



Sfotografuj najważniejsze dokumenty, takie jak: dowód rejestracyjny pojazdu, odcinek polisy OC oraz swój dokument tożsamości. Przechowuj zdjęcia, np. w swojej chmurze. Możesz je też wysłać mailem na swój adres.

Pomóż nam podnosić standardy

Jednym z naszych priorytetów w Allianz jest ciągłe doskonalenie obsługi klienta. Jeśli masz jakiegokolwiek uwagi lub wątpliwości, możesz je nam zgłosić na dwa sposoby:

- poprzez udział w ankiecie, którą wysyłamy m.in. po zakupie ubezpieczenia, po zgłoszeniu oraz po rozpatrzeniu szkody,
- telefonicznie pod numerem:
→ 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora).

Dziękujemy,
że jesteś
z nami!

MÓJ SAMOCHÓD

Przewodnik po ubezpieczeniu



W tabeli wskazujemy istotne informacje o ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Pojęcia zdefiniowane w o.w.u., mają znaczenie nadane im w o.w.u. Ilekroć w tabeli poniżej wskazujemy na postanowienie, w którego treści odwołujemy się do pojęć zdefiniowanych w rozdziale 2.6 o.w.u., to każdorazowo dane postanowienie należy odczytywać łącznie z brzmieniem definicji pojęcia mającego zastosowanie do danego świadczenia.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	punkty: punkty: 4-5, 9-13, 22-25, 28-29, 32-40, 43, 45, 47–71, 73, 75, 77, 79, 82, 84-85, 86, 143-150, 157, 159-180 Informacje znajdujące się w Tabeli Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	punkty: 6, 26-27, 30-31, 41-42, 44, 46, 72, 74, 76, 78, 80-81, 83, 87, 90, 154, 162.6, 164.2, 168.6 Informacje znajdujące się w Tabeli Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.

Witaj w Allianz!

Dziękujemy, że decydujesz się ubezpieczyć u nas pojazd.

Jesteśmy po to, aby chronić Ciebie i ubezpieczony pojazd przed skutkami szkód spowodowanych zdarzeniami, na które nie masz wpływu. Możesz polegać na naszym doświadczeniu. Jesteśmy z naszymi klientami od wielu lat – na każdym kroku.

The Allianz logo, featuring the word "Allianz" in a stylized, handwritten-style blue font.

Spis treści

1. Wstęp do twojego ubezpieczenia	6
2. Opis produktu i warunki ubezpieczenia	9
2.1. Co obejmuje ubezpieczenie	10
2.2. Wyłączenia ogólne	42
2.3. Obowiązki twoje i ubezpieczonego	45
2.4. Szkoda – i co dalej	52
2.5. Jakie są najważniejsze elementy umowy	72
2.6. Definicje	83
3. Przydatne wskazówki	99
4. Najczęściej zadawane pytania	104
5. Pomóż nam podnosić standardy	107

Wstęp do Twojego ubezpieczenia

[→ Spis treści](#)

Ubezpieczasz pojazd w ramach kompleksowego ubezpieczenia komunikacyjnego mój samochód w Allianz. Ten przewodnik zawiera ogólne warunki tego ubezpieczenia.

Na podstawie złożonego przez Ciebie wniosku o zawarcie umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia (o.w.u.), które znajdują się w tym przewodniku, zawierasz z nami czyli **Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółką Akcyjną** umowę ubezpieczenia. Umowa może być też zawarta poprzez przyjęcie przez Ciebie warunków oferty złożonej przez Allianz. Potwierdzeniem umowy jest polisa.

W tych o.w.u. zawarliśmy informacje na temat:

- zakresu każdego pakietu (co obejmuje i czego nie obejmuje ubezpieczenie),
- obowiązków Twoich oraz Ubezpieczonego,
- procesu likwidacji szkód,
- najważniejszych elementów umowy,
- naszych danych kontaktowych,
- definicji pojęć, które używamy w tych o.w.u.

Gdy piszemy **Ty**, mamy na myśli **Ubezpieczającego**, czyli osobę, która zawiera umowę.

Gdy piszemy **Ubezpieczony**, mamy na myśli osobę, którą chronimy na podstawie zawartej umowy. Dokładną definicję Ubezpieczonego znajdziesz w rozdziale Definicje.

Gdy piszemy **my**, mamy na myśli Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółkę Akcyjną. Zwróć uwagę, że część usług, których koszty pokrywamy lub które organizujemy w ramach tych o.w.u. mogą wykonywać inne podmioty. Usługę w zakresie Assistance wykonuje AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie.

1 WSTĘP DO TWOJEGO UBEZPIECZENIA

Usługi z zakresu Ochrony prawnej wykonuje Coris Lex Services Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie.

Zapoznaj się z rozdziałem Definicje, w którym wyjaśniamy pojęcia używane w tych o.w.u. Niektóre słowa zdefiniowaliśmy inaczej niż są powszechnie rozumiane. Jeśli definiujemy jakieś pojęcie, używając go w o.w.u., zawsze rozumiemy je zgodnie z tym, co opisaliśmy w rozdziale Definicje.

Jeśli masz pytania, skontaktuj się z nami:

- **przez telefon:** → 224 224 224
- **lub przez naszą stronę internetową:** → www.allianz.pl.

Ochrona danych osobowych

Jesteśmy administratorem danych osobowych, które zbieramy w związku z zawarciem i wykonaniem umowy.

Pełną treść klauzuli informacyjnej, która opisuje zasady przetwarzania przez nas danych osobowych, przekazujemy podczas zbierania danych. Informacje te dostępne są dla wszystkich na stronie internetowej: www.allianz.pl.

Opis produktu i warunki ubezpieczenia

[→ Spis treści](#)

Co obejmuje ubezpieczenie

W naszej ofercie mamy cztery pakiety ubezpieczenia Mój Samochód z różnym zakresem ochrony.

2.1

[→ Spis treści](#)

Z tego rozdziału dowiesz się:

- co jest przedmiotem ubezpieczenia, a co nie może nim być,
- gdzie obowiązuje Twoje ubezpieczenie oraz co zawierają pakiety.

1. Ubezpieczenie obejmuje tylko zakres pakietu, który wybierzesz. Dokładny zakres ubezpieczenia znajdziesz w tych o.w.u.

2. Możemy wprowadzić w umowie postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień o.w.u. Takie postanowienia powinny być zaakceptowane przez obie strony (tj. przez Ciebie i nas).

3. Umowa może obejmować OC komunikacyjne, czyli obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów. **Pamiętaj, że postanowienia tych o.w.u. nie dotyczą OC komunikacyjnego. Zasady dotyczące zawarcia umowy i obsługi OC komunikacyjnego,** w tym wypłaty przez nas świadczeń z tego ubezpieczenia, określa ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych. Najnowszą wersję ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych znajdziesz w odpowiednich Dziennikach Ustaw.

Jaki jest przedmiot ubezpieczenia

4. Przedmiot ubezpieczenia to inaczej to, co obejmujemy ochroną. Ochroną ubezpieczeniową możemy objąć majątek Ubezpieczonego wskazany w przyjętej przez Ciebie ofercie lub we wniosku o zawarcie umowy oraz następstwa nieszczęśliwych wypadków w przypadku NNW. Przedmiotem ubezpieczenia mogą być:

- 4.1. w **Ochronie prawnej** – ochrona interesów prawnych Ubezpieczonego dotycząca zdarzeń, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia w związku z korzystaniem z ubezpieczonego pojazdu oraz świadczenie telefonicznej asysty prawnej,
- 4.2. w **NNW** – następstwa nieszczęśliwych wypadków z udziałem ubezpieczonego pojazdu, których skutkiem jest uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć Ubezpieczonego,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 4.3. w **Assistance** – organizacja lub pokrycie kosztów usług Assistance. W ubezpieczeniu Assistance wiek pojazdu w dniu zawarcia umowy nie może przekroczyć 18 lat. Możemy objąć ochroną następujące pojazdy:
 - samochody osobowe, o określonej w dowodzie rejestracyjnym liczbie miejsc – nie większej niż 9 osób łącznie z kierowcą – oraz ich bagaż, o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t, w tym samochody kempingowe,
 - samochody ciężarowe na nadwoziu osobowego o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t,
 - samochody ciężarowe o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t,
 - przyczepy kempingowe,
 - przyczepy o dopuszczalnej ładowności do 500 kg,
 - motocykle,
 - motorowery,
- 4.4. w **Autocasco** – ubezpieczony pojazd razem z wyposażeniem standardowym i wyposażeniem dodatkowym. W ubezpieczeniu Autocasco wiek pojazdu w dniu zawarcia umowy nie powinien przekroczyć 18 lat. Warunek ten nie dotyczy pakietu PLUS,
- 4.5. w **Ubezpieczeniu szyb** – organizacja i pokrycie kosztów polegających na naprawie lub wymianie szyby: czołowej, bocznej lub tylnej, o ile nie stanowi ona integralnej części dachu, niezwiązanych z innymi uszkodzeniami pojazdu. Możemy objąć ochroną następujące pojazdy:
 - samochody osobowe, o określonej w dowodzie rejestracyjnym liczbie miejsc – nie większej niż 9 osób – o dopuszczalnej ładowności do 2 t,
 - samochody ciężarowe na nadwoziu samochodu osobowego o dopuszczalnej ładowności do 2 t,
 - samochody ciężarowe o dopuszczalnej ładowności do 2 t,
- 4.6. w **Zielonej Karcie** – odpowiedzialność cywilna kierującego lub posiadacza ubezpieczonego pojazdu za szkody wyrządzone osobom trzecim, powstałe w związku z ruchem tego pojazdu poza granicami Polski na terytorium państw należących do systemu Zielonej Karty, przy wjeździe do których wymagane jest posiadanie dokumentu ubezpieczenia – Międzynarodowej Karty Ubezpieczenia Samochodowego (Zielona Karta).

5. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wyłącznie interes majątkowy Ubezpieczonego:

- 5.1. w Ochronie prawnej – zabezpieczamy go przed koniecznością pokrycia kosztów ochrony swoich interesów prawnych, które wiążą się z korzystaniem z ubezpieczonego pojazdu,

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

- 5.2. w Assistance – zabezpieczamy go przed koniecznością poniesienia kosztów usług w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
- 5.3. w Autocasco oraz w Ubezpieczeniu szyb – zabezpieczamy go przed ryzykiem bezpośredniej straty, którą jest utrata lub uszkodzenie ubezpieczonego pojazdu jako jego własności.

Co nie może być przedmiotem ubezpieczenia

6. Nie ubezpieczamy pojazdów, które zgodnie z deklaracją we wniosku o zawarcie umowy lub z założeńiami przyjętej przez Ciebie oferty, są używane:

- 6.1. jako rekwizyty (służą w przedstawieniach teatralnych, filmie, w telewizji lub imprezach plenerowych),
- 6.2. do jazd próbnych lub demonstracyjnych,
- 6.3. podczas rajdów, jazd wyścigowych, jazd off-road (czyli sportu motorowego, który polega na jeździe po terenach innych niż droga twarda), driftu (czyli techniki jazdy pojazdem w kontrolowanym poślizgu) – również tych nieorganizowanych,
- 6.4. do wynajęcia, w tym pojazdów wynajmowanych zarobkowo przez podmioty prowadzące wypożyczalnie pojazdów, lub pojazdów udostępnianych jako zastępcze w oparciu o inny stosunek prawny niż umowa najmu,
- 6.5. do transportu towarów niebezpiecznych, o których mowa w ustawie o przewozie towarów niebezpiecznych,
- 6.6. jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą,
- 6.7. do nauki jazdy.

7. Jeśli uzyskasz naszą zgodę i opłacisz dodatkową składkę, możemy objąć ochroną pojazdy, które są używane:

- 7.1. jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą,
- 7.2. do nauki jazdy.

8. Wymienione wyłączenia nie dotyczą Zielonej Karty.

Gdzie działa ubezpieczenie

Ubezpieczenie	Gdzie obowiązuje ochrona
9. Ochrona prawna	Polska
10. NNW	cały świat, zwracamy koszty leczenia poniesione w Polsce
11. Assistance	Polska oraz europejskie części pozostałych europejskich krajów (w tym europejska część Turcji i grecka część Cypru), oprócz Białorusi, Kazachstanu, Mołdawii, Rosji, Ukrainy i Gruzji
12. Autocasco oraz Ubezpieczenie szyb	Polska oraz europejskie części pozostałych europejskich krajów (oprócz Kazachstanu), w tym Gruzja oraz europejska część Rosji i kraje basenu Morza Śródziemnego (oprócz Algierii, Libii i Syrii)
13. Zielona Karta	terytorium państw należących do systemu Zielonej Karty, przy wjeździe do których wymagane jest posiadanie dokumentu ubezpieczenia – Międzynarodowej Karty Ubezpieczenia Samochodowego (Zielona Karta)

Jak określamy sumy ubezpieczenia, sumy gwarancyjne i limity odpowiedzialności

14. Suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna i limity odpowiedzialności to maksymalne kwoty, do których odpowiadamy w ramach umowy. Kwoty te stanowią górną granicę naszej odpowiedzialności. Wynikają one z umowy oraz potwierdzamy je w polisie.

Ubezpieczenie	Jak określamy sumę ubezpieczenia, sumę gwarancyjną lub limit odpowiedzialności
15. Ochrona prawna	- Sumę ubezpieczenia określamy bez względu na liczbę osób uprawnionych do otrzymania świadczenia i bez względu na liczbę zgłoszonych zdarzeń objętych ubezpieczeniem. - Suma ubezpieczenia każdorazowo zmniejsza się o wysokość wypłaconego odszkodowania aż do całkowitego wyczerpania (redukcja sumy ubezpieczenia).
16. NNW	- Wskazujemy: - sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, - sumę ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, - limit na koszty leczenia poniesione w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 5000 zł. - W wariancie podstawowym chronimy kierowcę i pasażerów ubezpieczonego pojazdu. W wariancie rozszerzonym chronimy kierowcę i każdego pasażera ubezpieczonego pojazdu.
17. Assistance	Limity są określone w umowie. Szczegóły znajdziesz w punktach 33-40 i 48-71.
18. Autocasco	- Sumę ubezpieczenia ustalamy wspólnie z Tobą w oparciu o systemy eksperckie. Jeśli nie zgadzasz się z wyceną lub pojazd nie występuje w systemach eksperckich, przedstaw nam wycenę certyfikowanego rzeczoznawcy. Ponośisz koszty wyceny certyfikowanego rzeczoznawcy. - Suma ubezpieczenia powinna odpowiadać wartości rynkowej ubezpieczonego pojazdu na dzień zawarcia umowy, przy czym: - możesz zadeklarować sumę ubezpieczenia w wartości brutto (z uwzględnieniem naliczonego podatku VAT), w wartości netto (bez uwzględnienia naliczonego podatku VAT) albo w wartości netto + 50% VAT (z uwzględnieniem połowy naliczonego podatku VAT), - uznajemy, że przez dwanaście miesięcy od daty wystawienia faktury zakupu pojazdu fabrycznie nowego zakupionego w Polsce wartość rynkowa pojazdu to kwota, która z niej wynika. - Za naszą zgodą możesz podnieść sumę ubezpieczenia o wartość wyposażenia dodatkowego, które zostanie wskazane we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie. - Objęcie ochroną ubezpieczeniową wyposażenia ubezpieczonego pojazdu w czasie trwania umowy następuje za naszą zgodą poprzez zawarcie aneksu do umowy i po opłaceniu dodatkowej składki. - W ramach sumy ubezpieczenia odpowiadamy tylko do wysokości faktycznie poniesionej szkody, z zastrzeżeniem postanowień dotyczących Autocasco – Stała suma ubezpieczenia. - Suma ubezpieczenia nie zmniejsza się o wysokość wypłaconych odszkodowań (brak redukcji sumy ubezpieczenia).

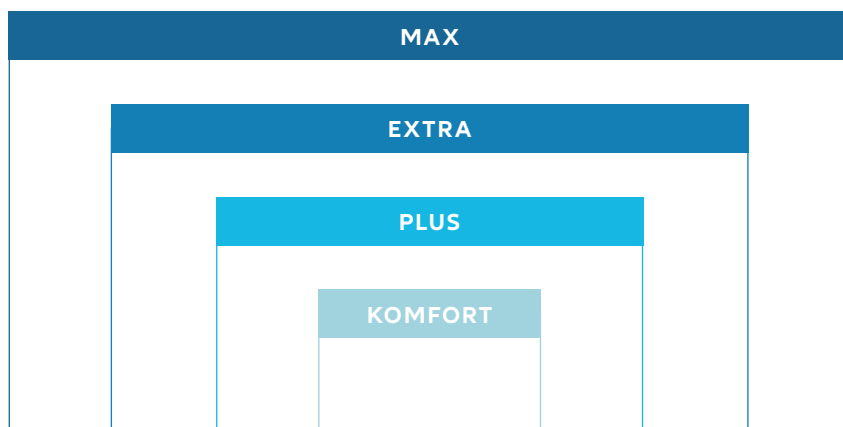
2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Ubezpieczenie	Jak określamy sumę ubezpieczenia, sumę gwarancyjną lub limit odpowiedzialności
18. Autocasco	- Suma ubezpieczenia odpowiada wartości rynkowej ubezpieczonego pojazdu, która zmienia się w trakcie trwania umowy. Nie dotyczy to: - przyjęcia do umowy stałej sumy ubezpieczenia oraz - sytuacji, gdy suma ubezpieczenia jest określona na podstawie faktury zakupu w Polsce pojazdu fabrycznie nowego, w ciągu 12 miesięcy od daty zakupu. - Możesz obniżyć wysokość swojej składki, jeśli umówisz się z nami na udział własny. Udział własny to określona w umowie kwota, o jaką każdorazowo pomniejszamy wypłacone odszkodowanie.
19. Ubezpieczenie szyb	- Przy drugiej i każdej kolejnej wymianie szyby czołowej wysokość odszkodowania pomniejszymy o 500 zł, czyli o Twój udział własny. - Suma ubezpieczenia każdorazowo zmniejsza się o wysokość wypłaconego odszkodowania aż do całkowitego wyczerpania (redukcja sumy ubezpieczenia).
20. Zielona Karta	- Suma gwarancyjna wynosi równowartość w złotych: - w przypadku szkód na osobie – 5 210 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem, bez względu na liczbę poszkodowanych, - w przypadku szkód w mieniu – 1 050 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem, bez względu na liczbę poszkodowanych. - Sumę gwarancyjną ustalamy według średniego kursu, który obowiązuje w dniu wyrządzenia szkody, ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski. - Jeżeli suma gwarancyjna (zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego doszło do zdarzenia objętego ochroną): - jest niższa niż przewidziana w umowie – wypłacimy odszkodowanie do wysokości sumy gwarancyjnej zgodnie z umową, - jest wyższa niż przewidziana w umowie – wypłacimy odszkodowanie do wysokości sumy gwarancyjnej wynikającej z prawa państwa, na terytorium którego doszło do zdarzenia.

Co zawierają pakiety

oferujemy ochronę w ramach 4 pakietów ubezpieczenia Mój Samochód. Sprawdź, jakie elementy składają się na pakiet. Zakres ubezpieczenia jest wskazany we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie, a finalnie potwierdzamy go w polisie.

Pakiety Mój samochód



2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Zakres

KOMFORT PLUS EXTRA MAX

OC komunikacyjne	OC komunikacyjne zapewni posiadaczowi i kierującemu ubezpieczonym pojazdem ochronę odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z ruchem tego pojazdu przewidzianą przez ustawę o ubezpieczeniach obowiązkowych.	●	●	●	●
Ochrona prawna	Zapewnimy dostęp oraz pokryjemy koszty porad prawnych za pośrednictwem infolinii lub sporów związanych z korzystaniem z ubezpieczonego pojazdu.	●	●	●	●
NNW – wariant podstawowy	Zapewnimy wsparcie finansowe w razie uszczerbku na zdrowiu lub śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz gdy konieczne będzie poniesienie kosztów leczenia po tym wypadku. Ubezpieczenie w wariantcie podstawowym chroni kierowcę i pasażerów ubezpieczonego pojazdu.	●	●	●	●
Assistance – wariant podstawowy	Zorganizujemy i pokryjemy koszty usług związanych z udzieleniem pomocy, w tym w razie wypadku, kradzieży lub awarii ubezpieczonego pojazdu.	●	●	●	●
Autocasco – Ryzyka katastroficzne	Pokryjemy koszty naprawy albo wypłacimy odszkodowanie z tytułu uszkodzenia lub zniszczenia ubezpieczonego pojazdu, z powodu działania sił przyrody (huraganu, gradu, uderzenia pioruna, powodzi, osuwania się lub zapadania ziemi, lawiny lub innych sił przyrody) oraz w wyniku działania zwierząt (za wyjątkiem kolizji ze zwierzęciem).		●	●	●
Autocasco – Pożar, implozja, eksplozja	Pokryjemy koszty naprawy albo wypłacimy odszkodowanie z tytułu uszkodzenia lub zniszczenia ubezpieczonego pojazdu, z powodu działania pożaru, implozji lub eksplozji.		●	●	●
Autocasco – Kolizja ze zwierzęciem	Pokryjemy koszty naprawy albo wypłacimy odszkodowanie z tytułu uszkodzenia lub zniszczenia ubezpieczonego pojazdu z powodu nagłego zetknięcia ze zwierzęciem.		●	●	●
NNW – wariant rozszerzony	Zapewnimy wsparcie finansowe w razie uszczerbku na zdrowiu lub śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz gdy konieczne będzie poniesienie kosztów leczenia po tym wypadku. Ubezpieczenie w wariantcie rozszerzonym chroni kierowcę i pasażerów ubezpieczonego pojazdu.		●	●	●
Assistance – wariant rozszerzony	Zorganizujemy i pokryjemy koszty usług związanych z udzieleniem pomocy, w tym w razie wypadku, kradzieży lub awarii ubezpieczonego pojazdu. Ubezpieczenie w wariantcie rozszerzonym obejmuje dodatkowe usługi, m.in. zwiększony limit holowania i pojazd zastępczy.		●	●	●

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Zakres

		KOMFORT	PLUS	EXTRA	MAX
Autocasco – Kradzież	Wypłacimy odszkodowanie w przypadku kradzieży ubezpieczonego pojazdu lub jego części.		●	●	●
Autocasco – Wandalizm	Pokryjemy koszty naprawy albo wypłacimy odszkodowanie z tytułu celowego uszkodzenia lub zniszczenia ubezpieczonego pojazdu przez znanego lub nieznanego sprawcę.		●	●	●
Ubezpieczenie szyb	Zorganizujemy i pokryjemy koszty usług związanych z naprawą lub wymianą szyby czołowej, bocznej lub tylnej, o ile nie stanowi ona integralnej części dachu, jeżeli nie są one związane z innymi uszkodzeniami ubezpieczonego pojazdu.		●	●	●
Autocasco – Inne uszkodzenia pojazdu	Pokryjemy koszty naprawy albo wypłacimy odszkodowanie z tytułu uszkodzenia lub zniszczenia ubezpieczonego pojazdu, powstałego w wyniku kolizji ze znajdującymi się na zewnątrz tego pojazdu: innym pojazdem, uczestnikiem ruchu drogowego, osobą lub przedmiotem.				●
Autocasco – Stała suma ubezpieczenia	Utrzymamy sumę ubezpieczenia ubezpieczonego pojazdu z dnia zawarcia umowy przez cały okres jej obowiązywania.				●

● – jest w danym pakiecie

Ochronę w każdym pakiecie można rozszerzyć o Zieloną Kartę.

OC komunikacyjne

21. Zasady dotyczące zakresu i wyłączeń OC komunikacyjnego znajdziesz w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych. OC komunikacyjne to obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów. Zawsze, gdy świadczymy ochronę z tytułu OC komunikacyjnego, robimy to na podstawie przepisów tej ustawy. W związku z tym w tych o.w.u. nie opisujemy zasad ochrony udzielanej przez nas w ramach OC komunikacyjnego. Zwróć uwagę, że w ww. ustawie określono wysokość minimalnych sum gwarancyjnych z tytułu OC komunikacyjnego. Przewidziane są w niej również prawa i obowiązki Twoje i Ubezpieczonego.

Ochrona prawna

Co jest objęte ochroną

22. Pokrywamy koszty ochrony prawnej, gdy:

- 22.1. Ubezpieczony dochodzi odszkodowania w postępowaniu sądowym, ponieważ ubezpieczony pojazd uczestniczył w wypadku drogowym, kolizji lub wjechał w dziurę w jezdni,
- 22.2. Ubezpieczony dochodzi roszczeń w postępowaniu sądowym z tytułu gwarancji lub rękojmi za wady fizyczne lub prawne ubezpieczonego pojazdu,
- 22.3. Ubezpieczony dochodzi odszkodowań lub kar umownych, ponieważ przedsiębiorca nienależycie wykonał:
 - naprawę ubezpieczonego pojazdu,
 - konserwację ubezpieczonego pojazdu,
 - montaż instalacji gazowej w ubezpieczonym pojeździe,
 - holowanie ubezpieczonego pojazdu,
- 22.4. przeciwko Ubezpieczonemu prowadzone jest:
 - postępowanie karne w związku z zarzutem popełnienia przestępstwa drogowego z użyciem ubezpieczonego pojazdu,
 - postępowanie w sprawie o wykroczenie w związku z zarzutem popełnienia wykroczenia drogowego z użyciem ubezpieczonego pojazdu,
 - postępowanie administracyjne dotyczące zatrzymania prawa jazdy lub dowodu rejestracyjnego ubezpieczonego pojazdu.

23. W opisanych sytuacjach pokrywamy poniższe koszty:

- 23.1. wynagrodzenia pełnomocnika, którego wybierze Ubezpieczony,
- 23.2. postępowania przed sądami, organami administracji państwowej lub samorządowej,

24. W ramach telefonicznej asysty prawnej:

- 24.1. udzielamy informacji i porad prawnych związanych z posiadaniem ubezpieczonego pojazdu,
- 24.2. informujemy o procedurze i szacunkowych kosztach prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony praw w związku z posiadaniem ubezpieczonego pojazdu,
- 24.3. udostępniamy drogą elektroniczną polskie akty prawne,
- 24.4. przesyłamy informacje teleadresowe o jednostkach organizacyjnych sądów powszechnych oraz prokuratury, a także o adwokatach, radcach prawnych i notariuszach.

25. W ramach telefonicznej asysty prawnej sprawa jest załatwiana:

- na bieżąco podczas rozmowy telefonicznej (konsultacja prawna),
- w formie pisemnej opinii lub weryfikacji dokumentu prawnego (do 10 kart, oraz do czterech razy w okresie ubezpieczenia) drogą elektroniczną,
- poprzez przesłanie drogą elektroniczną tekstów aktualnych i historycznych aktów prawnych, wzorów pism i umów, informacji teleadresowych dotyczących sądów, prokuratur, adwokatów, radców prawnych i notariuszy.

Co nie jest objęte ochroną

26. Nie obejmujemy ochroną:

- 26.1. kosztów związanych z ugodowym zakończeniem postępowania, o ile koszty określone ugodą nie były uprzednio uzgodnione z Allianz,
- 26.2. kosztów postępowania egzekucyjnego przeciwko Ubezpieczonemu na podstawie kolejnego tytułu wykonawczego lub gdy postępowanie o nadanie klauzuli wykonalności zostanie wszczęte po upływie 3 lat od otrzymania tytułu egzekucyjnego,
- 26.3. kosztów, które ma obowiązek ponieść inna osoba niż Ubezpieczony,
- 26.4. kosztów, które Ubezpieczony musiał lub musi ponieść, ponieważ jego przeciwnik wystąpił z powództwem wzajemnym albo przedstawił zarzut potrącenia. Dotyczy to sytuacji, gdy ochrona przed tymi roszczeniami nie jest objęta ubezpieczeniem w ramach zawartej z nami umowy albo gdy te koszty ma obowiązek ponieść osoba trzecia,

- 26.5. grzywien, kar administracyjnych lub sądowych, kar pieniężnych, podatków, cła, akcyzy ani innych opłat i danin natury publicznoprawnej, które Ubezpieczony jest zobowiązany zapłacić,
- 26.6. kosztów powstałych z powodu korzystania przez Ubezpieczonego z usług osób nieuprawnionych do świadczenia pomocy prawnej, zastępstwa procesowego lub wydawania opinii w danym zakresie,
- 26.7. kosztów środków dowodowych dopuszczonych do postępowania,
- 26.8. kosztów powstałych wskutek zatajenia przez Ubezpieczonego informacji lub materiałów, które uwiarygadniają tezy dowodowe stawiane w postępowaniu objętym udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową,
- 26.9. kosztów postępowania cywilnego w wysokości przekraczającej 150% wartości przedmiotu sporu.

27. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje ochrony interesów prawnych:

- 27.1. Twoich i któregośkolwiek z Ubezpieczonych w ramach niniejszej umowy – w Waszych wzajemnych sporach lub w sporach z nami,
- 27.2. w postępowaniach związanych z działalnością gospodarczą, którą prowadzi Ubezpieczony,
- 27.3. z zakresu prawa podatkowego, celnego lub dotyczącego innych opłat publicznoprawnych lub prawa karnego skarbowego,
- 27.4. w postępowaniach przed Trybunałem Konstytucyjnym lub trybunałami międzynarodowymi,
- 27.5. w sprawach roszczeń odszkodowawczych z tytułu szkody w ładunku przewożonym ubezpieczonym pojazdem w celach zarobkowych,
- 27.6. w zakresie roszczeń, które zostały przeniesione na Ubezpieczonego,
- 27.7. gdy w ubezpieczonym pojeździe w chwili wypadku było więcej pasażerów niż maksymalna dopuszczona liczba osób określona w dowodzie rejestracyjnym, o ile spowodowało to powstanie szkody.

NNW – wariant podstawowy

Co jest objęte ochroną

28. Ochroną obejmujemy kierowcę i pasażerów ubezpieczonego pojazdu w zakresie skutków nieszczęśliwych wypadków, które powstały:

- 28.1. w związku z ruchem ubezpieczonego pojazdu,
- 28.2. podczas wsiadania i wysiadania z ubezpieczonego pojazdu,

- 28.3. bezpośrednio przy załadunku lub wyładunku ubezpieczonego pojazdu,
- 28.4. podczas zatrzymania ubezpieczonego pojazdu, jego postoju lub naprawy.

29. Obejmujemy ochroną następujące skutki nieszczęśliwych wypadków:

- 29.1. śmierć,
- 29.2. trwałe uszczerbek na zdrowiu,
- 29.3. koszty leczenia.

Co nie jest objęte ochroną

30. Nie obejmujemy ochroną:

- 30.1. samookaleczeń lub okaleczeń kierowcy i pasażerów ubezpieczonego pojazdu na ich prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez kierowcę lub pasażera ubezpieczonego pojazdu,
- 30.2. zdarzeń, gdy w ubezpieczonym pojeździe w chwili wypadku było więcej pasażerów niż maksymalna dopuszczona liczba osób określona w dowodzie rejestracyjnym, o ile spowodowało to nieszczęśliwy wypadek,
- 30.3. roszczeń o zadośćuczynienie za doznane krzywdy, ból i cierpienie fizyczne lub moralne lub straty materialne, które wynikają z utraty lub uszkodzenia rzeczy należących do Ubezpieczonego,
- 30.4. wypadków, do których doszło w następstwie jakichkolwiek stanów chorobowych u kierowcy lub pasażerów ubezpieczonego pojazdu, również w następstwie chorób zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (F00-F99),
- 30.5. leczenia o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, któremu poddał się kierowca lub pasażerowie ubezpieczonego pojazdu – chyba że zalecił je lekarz, ponieważ było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
- 30.6. skutków wypadków spowodowanych energią jądrową, promieniowaniem radioaktywnym lub polem magnetycznym, szkodliwymi dla człowieka,
- 30.7. pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic powstałych u kierowcy lub pasażerów ubezpieczonego pojazdu w następstwie wypadku.

31. Dodatkowo nie obejmujemy ochroną następujących kosztów leczenia kierowcy i pasażerów ubezpieczonego pojazdu:

- 31.1. zabiegów ze wskazań estetycznych,

- 31.2. zabiegów lub leczenia nieuznanego przez naukę lub medycynę,
- 31.3. kosztów leczenia, które powstały w wyniku nie stosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego,
- 31.4. kosztów pielęgnacji chorych oraz podróży i pobytów w celach leczniczych w sanatoriach lub uzdrowiskach.

Assistance – wariant podstawowy

Co jest objęte ochroną

32. Assistance – w wariantcie podstawowym zapewniamy ochronę w poniższym zakresie:

- naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu,
- holowanie ubezpieczonego pojazdu,
- usługa mobilności,
- usługi informacyjne.

33. Zapewniamy możliwość korzystania z naszych usług w odniesieniu do wszystkich zdarzeń objętych ochroną. Wyjątek stanowi rozładowanie akumulatora w ubezpieczonym pojeździe, w przypadku którego Ubezpieczony może skorzystać z naszej pomocy dwa razy w okresie ubezpieczenia.

Naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu i holowanie ubezpieczonego pojazdu

34. Jeśli ubezpieczony pojazd został unieruchomiony z powodu awarii, wypadku lub pęknięcia przedniej szyby i – zgodnie z przepisami prawa o ruchu drogowym – nie nadaje się do jazdy, zapewnimy naprawę na miejscu lub holowanie.

Naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu

35. Zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdu najbliższego pojazdu pomocy drogowej oraz jednej roboczogodziny naprawy, jeśli ubezpieczony pojazd może być usprawniony na miejscu do dalszej jazdy przez tą pomoc drogową.

Holowanie ubezpieczonego pojazdu

36. Jeśli specjalista, którego pomoc zorganizowaliśmy, nie może naprawić ubezpieczonego pojazdu na miejscu i umożliwić nim dalszej

jazdy, zorganizujemy i pokryjemy koszty jego holowania do warsztatu naprawczego.

37. Jeśli ubezpieczony pojazd nie może być odholowany bezpośrednio do warsztatu naprawczego, z uwagi na jego godziny pracy, to zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania ubezpieczonego pojazdu na wyznaczony przez nas parking strzeżony, a później do warsztatu naprawczego, po jego otwarciu.

38. Zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania ubezpieczonego pojazdu elektrycznego do najbliższej stacji ładowania lub o ile to możliwe zorganizujemy usługę ładowania za pomocą przenośnej stacji do ładowania. Zrobimy tak, jeżeli w ubezpieczonym pojeździe elektrycznym rozładuje się bateria. W tym przypadku Ubezpieczony może skorzystać z naszej pomocy dwa razy w okresie ubezpieczenia.

Usługa mobilności

39. Jeśli Ubezpieczony nie może kontynuować jazdy ubezpieczonym pojazdem, zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu osób nim podróżujących z miejsca zdarzenia do innego dowolnego miejsca oddalonego o maksymalnie 50 km od miejsca zdarzenia. Środkiem transportu mogą być: pociąg, autobus lub taksówka. Zapewnimy tę usługę w przypadku wszystkich zdarzeń objętych ochroną.

Usługi informacyjne

40. Jeśli zaistnieje jakiegokolwiek zdarzenie objęte ochroną Assistance, Ubezpieczony może w dowolnym momencie zadzwonić do nas i zapytać o:

- warunki drogowe,
- warsztaty samochodowe i wypożyczalnie pojazdów,
- możliwości naprawy i wynajmu pojazdów,
- najbliższe stacje benzynowe i stacje ładowania pojazdów elektrycznych
- najbliższe zakłady wulkanizacyjne,
- postępowanie w razie wypadku i instrukcje dotyczące wypełniania europejskiego formularza protokołu wypadku drogowego.

Co nie jest objęte ochroną

41. Nie pokrywamy następujących szkód ani kosztów:

- 41.1. wynikających z samookaleczenia lub samobójstwa kierowcy ubezpieczonego pojazdu,

- 41.2. postoju na parkingu ubezpieczonego pojazdu, z wyjątkiem przypadku, w którym zorganizowaliśmy holowanie na parking strzeżony,
- 41.3. paliwa, opłat drogowych, promu, cła, grzywnien, ładowania pojazdów elektrycznych,
- 41.4. materiałów lub części zamiennych użytych do naprawy lub diagnostyki ubezpieczonego pojazdu oraz naprawy pojazdu w warsztacie naprawczym,
- 41.5. świadczeń w stosunku do osób przewożonych w ubezpieczonym pojeździe za opłatą,
- 41.6. w ładunkach lub przedmiotach przewożonych przez ubezpieczony pojazd,
- 41.7. poniesionych, jeśli ubezpieczony pojazd nie jest zarejestrowany w Polsce,
- 41.8. utraty dochodu przez kierowcę lub pasażerów ubezpieczonego pojazdu,
- 41.9. utraty dochodu z tytułu transportu pasażerów za opłatą,
- 41.10. rekompensaty za urazy doznane przez kierowcę lub pasażerów ubezpieczonego pojazdu.

42. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w świadczeniu usługi spowodowane:

- 42.1. strajkami, zamieszkami, aktami terroru, wojną, wojną domową lub skutkami działania energii jądrowej,
- 42.2. siłą wyższą, której następstwa uniemożliwiają lub opóźniają wykonanie usługi Assistance.

Assistance podstawowy

Assistance podstawowy ¹	Zdarzenie										
Świadczenie	awaria	wypadek	pęknięcie przedniej szyby	wandalizm	kradzież	kradzież części pojazdu	przebiecie opony	brak paliwa	ładowanie baterii pojazdów elektrycznych	zatankowanie niewłaściwego paliwa	utrata, zatrzaśnięcie kluczyka lub uszkodzenie kluczyka lub innego urządzenia używanego do otwarcia lub uruchomienia pojazdu
naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu ²	●	●	●								
holowanie ubezpieczonego pojazdu	●	●	●						●		
usługa mobilności ³	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
usługi informacyjne	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

1 – ● – jest w danym pakiecie
2 – maks. 1 roboczegodzina
3 – do 50 km

Autocasco – ryzyka katastroficzne

Co jest objęte ochroną

43. Zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego pojazdu lub jego części przez siły przyrody (w tym przez działania zwierząt – z wyłączeniem kolizji ze zwierzęciem), które powstało bez związku z działaniem lub zaniechaniem człowieka. Przez siły przyrody rozumiemy: huragan, grad, uderzenie pioruna, powódź, osuwanie się lub zapadanie ziemi, lawinę lub inne siły przyrody.

Co nie jest objęte ochroną

44. Szkody polegające na uszkodzeniu silnika ubezpieczonego pojazdu wskutek zassania wody.

Autocasco – pożar, implozja, eksplozja

Co jest objęte ochroną

45. Zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego pojazdu lub jego części wskutek nagłego działania czynnika termicznego lub chemicznego pochodzącego z zewnątrz lub wewnątrz ubezpieczonego pojazdu, w tym pożaru, implozji lub eksplozji.

Co nie jest objęte ochroną

46. Nie obejmujemy ochroną szkód, które powstały:

- 46.1. z przyczyn eksploatacyjnych lub polegających na awarii ubezpieczonego pojazdu,
- 46.2. wskutek naprawy lub konserwacji ubezpieczonego pojazdu,
- 46.3. wskutek montażu lub demontażu części ubezpieczonego pojazdu lub nieprawidłowej eksploatacji tej części.

Autocasco – kolizja ze zwierzęciem

Co jest objęte ochroną

47. Obejmujemy ochroną zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego pojazdu lub jego części, które powstało w wyniku nagłego jego zetknięcia się ze zwierzęciem, które znajduje się na zewnątrz ubezpieczonego pojazdu.

Assistance – wariant rozszerzony

Co jest objęte ochroną

48. Assistance w wariantcie rozszerzonym zapewnia ochronę w poniższym zakresie:

- naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu,
- holowanie ubezpieczonego pojazdu,
- pojazd zastępczy na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu,
- zakwaterowanie w hotelu lub powrót do miejsca zamieszkania,
- usługa mobilności,
- usługi informacyjne i usługi concierge,
- wymiana koła w ubezpieczonym pojeździe w przypadku przebicia opony podczas jazdy nim,
- dostarczenie paliwa do ubezpieczonego pojazdu,
- powrót po ubezpieczony pojazd, który został odzyskany po kradzieży,
- transport zwłok,
- złomowanie ubezpieczonego pojazdu.

49. Zapewniamy możliwość korzystania z tych usług w odniesieniu do wszystkich zdarzeń objętych ochroną. Wyjątek stanowi rozładowanie akumulatora w ubezpieczonym pojeździe, w przypadku którego Ubezpieczony może skorzystać z naszej pomocy dwa razy w okresie ubezpieczenia. Dwukrotnie w okresie ubezpieczenia można również skorzystać z pojazdu zastępczego.

50. Pamiętaj, że limity dotyczące świadczeń w ramach różnych wariantów Assistance nie sumują się.

Naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu, holowanie ubezpieczonego pojazdu i pojazd zastępczy na czas naprawy

51. Jeśli ubezpieczony pojazd został unieruchomiony i nie nadaje się do jazdy zgodnie z przepisami prawa o ruchu drogowym, zapewnimy usługi wymienione w punktach 52-61. Zrobimy to, jeśli powodem unieruchomienia jest awaria, wypadek, pęknięcie przedniej szyby, wandalizm lub kradzież części ubezpieczonego pojazdu, przebicie opony, brak paliwa lub zatankowanie niewłaściwego paliwa, utrata, zatrzaśnięcie wewnątrz ubezpieczonego pojazdu lub uszkodzenie kluczyka lub innego urządzenia służącego do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu.

Naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu

52. Zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdu najbliższego pojazdu pomocy drogowej i jednej roboczogodziny naprawy, jeśli ubezpieczony pojazd może być usprawioniony na miejscu do dalszej jazdy przez tą pomoc drogową.

Holowanie ubezpieczonego pojazdu

53. Jeśli ubezpieczony pojazd nie może być naprawiony na miejscu, aby nadawał się do dalszej jazdy:

- 53.1. zorganizujemy i pokryjemy koszt jego holowania do warsztatu naprawczego lub do innego wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca, oddalonego o maksymalnie 150 km lub
- 53.2. zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania ubezpieczonego pojazdu na wyznaczony przez nas parking strzeżony, jeśli warsztat naprawczy będzie zamknięty, a później do warsztatu naprawczego, po jego otwarciu.

54. Zorganizujemy i pokryjemy koszty holowania ubezpieczonego pojazdu elektrycznego do najbliższej stacji ładowania lub o ile to możliwe zorganizujemy usługę ładowania za pomocą przenośnej stacji do ładowania. Zrobimy tak, jeżeli w ubezpieczonym pojeździe elektrycznym rozładuje się bateria. W tym przypadku Ubezpieczony może skorzystać z naszej pomocy dwa razy w okresie ubezpieczenia.

55. Jeśli nie można naprawić ubezpieczonego pojazdu, aby nadawał się do dalszej jazdy w tym samym dniu, zgodnie z życzeniem Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty pojazdu zastępczego oraz zakwaterowania albo powrotu do miejsca zamieszkania. Zrobimy tak we wszystkich przypadkach z wyjątkiem przebitej opony, rozładowania baterii w pojeździe elektrycznym lub braku paliwa – także w razie kradzieży ubezpieczonego pojazdu.

Pojazd zastępczy na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu

56. Pokrywamy koszty wynajmu pojazdu zastępczego:

- 56.1. o klasie niższej o jedną od klasy ubezpieczonego pojazdu, ale nie wyższej niż klasa C – w przypadku samochodów osobowych i ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t,
- 56.2. o klasie nie wyższej niż klasa C – w przypadku ubezpieczonego samochodu elektrycznego,

- 56.3. o klasie A – w przypadku motocykli, motorowerów, przyczep kempingowych, przyczep o dopuszczalnej ładowności do 500 kg.

57. Ubezpieczony może korzystać z pojazdu zastępczego na czas naprawy pojazdu do 4 dni, dwa razy w okresie ubezpieczenia, jeśli dojdzie do awarii, zatankowania niewłaściwego paliwa, utraty, uszkodzenia lub zatrząśnięcia kluczyka lub innego urządzenia używanego do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu.

58. Ubezpieczony może korzystać z pojazdu zastępczego na czas naprawy pojazdu do 6 dni, jeśli dojdzie do wypadku, pęknięcia przedniej szyby, wandalizmu lub kradzieży części ubezpieczonego pojazdu.

59. Jeśli dojdzie do kradzieży ubezpieczonego pojazdu, Ubezpieczony może korzystać z pojazdu zastępczego przez 6 dni. W takim przypadku Ubezpieczony ma obowiązek przekazać nam zgłoszenie kradzieży na policję (notatka policyjna).

60. Zorganizujemy i pokryjemy koszt podstawienia pojazdu zastępczego. Zorganizujemy i pokryjemy także koszt odbioru pojazdu zastępczego, jednak tylko wówczas, gdy miejsce odbioru pojazdu zastępczego znajduje się w odległości do 50 km od miejsca jego podstawienia.

61. Ubezpieczony podpisuje umowę najmu pojazdu bezpośrednio z wypożyczalnią samochodów.

Zakwaterowanie w hotelu

62. Zgodnie z życzeniem Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszt zakwaterowania w hotelu trzygwiazdkowym (do równowartości kwoty 75 euro za noc za osobę) na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu – maksymalnie do 3 nocy. Ubezpieczony może skorzystać z tej usługi w przypadku wszystkich zdarzeń objętych ochroną, z wyjątkiem przebicia opony, rozładowania baterii pojazdu elektrycznego lub braku paliwa – także w razie kradzieży ubezpieczonego pojazdu. Aby skorzystać z tej usługi, muszą zostać spełnione łącznie trzy warunki:

- ubezpieczony pojazd został unieruchomiony w odległości większej niż 50 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w Polsce,
- zorganizowaliśmy holowanie ubezpieczonego pojazdu,
- czas naprawy pojazdu oszacowany przez warsztat naprawczy przekracza 24 godziny lub odholowaliśmy ubezpieczony pojazd na

wyznaczony przez nas parking strzeżony z uwagi na godziny pracy warsztatu naprawczego.

Powrót do miejsca zamieszkania

63. Zgodnie z życzeniem Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszt powrotu kierowcy i pasażerów do miejsca zamieszkania kierowcy w Polsce. Możemy zorganizować powrót do miejsca zamieszkania: pociągiem (bilet pierwszej klasy), autobusem bądź – jeśli odległość od miejsca zamieszkania kierowcy przekracza 750 km – samolotem (bilet klasy ekonomicznej). Ubezpieczony może skorzystać z tej usługi w przypadku wszystkich zdarzeń objętych ochroną, z wyjątkiem przebitej opony, rozładowania baterii pojazdu elektrycznego lub braku paliwa – także w razie kradzieży ubezpieczonego pojazdu. Aby skorzystać z tej usługi muszą być spełnione łącznie dwa warunki:

- zorganizowaliśmy holowanie ubezpieczonego pojazdu oraz
- czas naprawy pojazdu oszacowany przez warsztat naprawczy przekracza 24 godziny lub odholowaliśmy ubezpieczony pojazd na wyznaczony przez nas parking strzeżony z uwagi na godziny pracy warsztatu naprawczego.

Ubezpieczony może skorzystać z usługi zakwaterowania w hotelu albo z usługi powrotu do miejsca zamieszkania. Nie można łączyć tych usług.

Usługa mobilności

64. Jeśli Ubezpieczony nie może kontynuować jazdy ubezpieczonym pojazdem, zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu kierowcy i pasażerów ubezpieczonego pojazdu z miejsca zdarzenia do innego dowolnego miejsca oddalonego o maksymalnie 100 km od miejsca zdarzenia. Środkiem transportu mogą być: pociąg, autobus lub taksówka. Zapewnimy tę usługę w przypadku wszystkich zdarzeń objętych ochroną.

Usługi informacyjne i usługi concierge

65. W przypadku zaistnienia któregokolwiek ze zdarzeń objętych ochroną Assistance Ubezpieczony może do nas zadzwonić i zapytać o:

- warunki drogowe,
- warsztaty samochodowe i wypożyczalnie pojazdów,
- informacje o możliwości naprawy i wynajmu pojazdów,
- najbliższe stacje benzynowe i stacje ładowania pojazdów elektrycznych
- najbliższe zakłady wulkanizacyjne,

- postępowanie w razie wypadku i instrukcje dotyczące wypełniania europejskiego formularza protokołu wypadku drogowego.

Może też poprosić o:

- rezerwację biletów samolotowych lub pociągowych,
- rezerwację hoteli,
- zamówienie taksówki.

Ubezpieczony pokrywa koszty organizowanych świadczeń.

Wymiana koła w ubezpieczonym pojeździe po przebicium opony

66. W razie przebicia jednej opony podczas jazdy ubezpieczonym pojazdem, zorganizujemy na miejscu zdarzenia i pokryjemy koszt wymiany koła, które znajduje się na wyposażeniu ubezpieczonego pojazdu.

67. W razie przebicia podczas jazdy więcej niż jednej opony lub w razie braku w ubezpieczonym pojeździe sprawnego koła zapasowego, zorganizujemy i pokryjemy koszt holowania ubezpieczonego pojazdu do warsztatu naprawczego lub innego wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca oddalonego od miejsca zdarzenia o maksymalnie 150 km lub do zakładu wulkanizacyjnego.

Dostarczenie paliwa do ubezpieczonego pojazdu

68. Jeśli podczas jazdy ubezpieczonym pojazdem zabraknie paliwa, zorganizujemy i pokryjemy koszt dostarczenia do niego paliwa w ilości wystarczającej, aby dojechać do najbliższej stacji benzynowej. Nie pokrywamy kosztów dostarczonego paliwa.

Powrót po ubezpieczony pojazd, który został odzyskany po kradzieży

69. Jeśli po kradzieży ubezpieczonego pojazdu zostanie on odzyskany, zorganizujemy i pokryjemy koszt podróży właściciela pojazdu lub osoby przez niego upoważnionej do miejsca, w którym pojazd ten się znajduje. Możemy zorganizować tę podróż: pociągiem (bilet pierwszej klasy), autobusem bądź – jeśli odległość przekracza 750 km – samolotem (bilet klasy ekonomicznej).

Transport zwłok

70. Jeśli dojdzie do śmierci kierowcy lub któregokolwiek z pasażerów ubezpieczonego pojazdu w wypadku, zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu zwłok (trumny lub urny) do miejsca pochówku w Polsce.

Złomowanie ubezpieczonego pojazdu

71. W przypadku zalania, spalenia lub całkowitego zniszczenia ubezpieczonego pojazdu w wyniku wypadku lub wandalizmu, zwrócimy poniesione przez Ubezpieczonego koszty złomowania ubezpieczonego pojazdu do równowartości kwoty 125 euro. Ubezpieczony ma obowiązek przekazać nam dowód zapłaty za usługę.

Co nie jest objęte ochroną

72. Oprócz wyłączeń ochrony wskazanych wcześniej w punktach 41-42 nie pokrywamy następujących szkód ani kosztów:

- 72.1. kosztu zakupu lub wymiany kluczyka lub innego urządzenia służącego do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu,
- 72.2. kosztu zakupu nowych opon i pasów bezpieczeństwa w ubezpieczonym pojeździe,
- 72.3. wszelkich kosztów hotelowych dla osób uprawnionych do otrzymania świadczenia, z wyjątkiem kosztów samego zakwaterowania.

Assistance rozszerzony

Assistance rozszerzony		Zdarzenie										
Świadczenie												
		awaria	wypadek	pęknięcie przedniej szyby	wandalizm	kradzież	kradzież części pojazdu	przebiecie opony	brak paliwa	rozładowanie baterii pojazdu elektrycznego	niewłaściwe paliwo	utrata, zatrzaśnięcie kluczyka lub uszkodzenie kluczyka lub innego urządzenia używanego do otwarcia lub uruchomienia pojazdu
naprawa ubezpieczonego pojazdu na miejscu ¹		●	●	●	●		●	● ³	● ⁴	●	●	●
holowanie ubezpieczonego pojazdu		●	●	●	●		●	●	●	●	●	●
pojazd zastępczy na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu		do 4 dni, 2 razy w okresie ubezpieczenia	do 6 dni	do 6 dni	do 6 dni	do 6 dni	do 6 dni			do 4 dni, 2 razy w okresie ubezpieczenia	do 4 dni, 2 razy w okresie ubezpieczenia	
tych usług nie łączymy	zakwaterowanie w hotelu	●	●	●	●	●	●			●		●
	powrót do miejsca zamieszkania	●	●	●	●	●	●			●		●
usługa mobilności ²		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
usługi informacyjne i usługi concierge		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
powrót po odzyskany po kradzieży ubezpieczony pojazd						●						
transport zwłok			●									
złomowanie ubezpieczonego pojazdu			125 euro		125 euro							

1 – maks. 1 roboczegodzina 2 – do 100 km
3 – patrz „Wymiana koła w przypadku przebicia opony podczas jazdy” 4 – patrz „Dostarczenie paliwa”

NNW – wariant rozszerzony

Co jest objęte ochroną

73. Wariant rozszerzony chroni Ubezpieczonego w takim samym zakresie jak NNW wariant podstawowy, jednak różni się one Sumą Ubezpieczenia. Pamiętaj, że limity dotyczące świadczeń w ramach różnych wariantów NNW nie sumują się.

Co nie jest objęte ochroną

74. W wariantcie rozszerzonym mają zastosowanie wyłączenia ochrony wskazane wcześniej w punktach 30-31.

Autocasco – kradzież

Co jest objęte ochroną

75. Odpowiadamy za kradzież ubezpieczonego pojazdu lub jego części.

Co nie jest objęte ochroną

76. Nie obejmujemy ochroną kradzieży ubezpieczonego pojazdu lub jego części w poniższych sytuacjach:

- 76.1. Gdy kierowca wysiadł z ubezpieczonego pojazdu i pozostawił w nim bez nadzoru pasażerów kluczyk lub sterownik służący do jego otwarcia lub uruchomienia i nie zabezpieczył go tak, aby ubezpieczonego pojazdu nie mogła uruchomić nieuprawniona osoba – chyba że nie spowodowało to powstania szkody.
- 76.2. Gdy kierowca lub pasażer ubezpieczonego pojazdu nie zabezpieczyli kluczyków lub sterowników służących do jego otwarcia lub uruchomienia po tym, jak go opuścili. To oznacza, że pozostawili je lub przechowywali w miejscu, do którego dostęp mają osoby nieupoważnione – chyba że nie spowodowało to powstania szkody. Nie stosujemy tego wyłączenia, gdy kluczyki lub sterowniki zostały utracone na skutek rozboju.
- 76.3. Gdy kierowca i pasażerowie opuścili ubezpieczony pojazd i pozostawili go bez nadzoru, lub gdy nie miał on uruchomionych wszystkich zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, które wskazano we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie – chyba że nie spowodowało to powstania szkody. Wyłączenie nie dotyczy sytuacji, gdy kradzież była skutkiem rozboju lub gdy skradziono ubezpieczony pojazd ze strzeżonego miejsca.

- 76.4. Gdy doszło do przywłaszczenia ubezpieczonego pojazdu lub – w okresie tego przywłaszczenia – do kradzieży ubezpieczonego pojazdu.
- 76.5. Kiedy inne osoby, chcąc uzyskać korzyść majątkową, wprowadziły Ciebie (lub osobę, która działa w Twoim imieniu, np. Twojego pracownika) w błąd i doprowadziły do tego, że wydano im lub wynajęto albo wypożyczono ubezpieczony pojazd, które to osoby nie miały zamiaru zwrócić pojazdu.
- 76.6. Gdy ubezpieczony pojazd nie jest własnością osoby zadeklarowanej jako właściciel we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie. Wyłączenie to nie dotyczy sytuacji, gdy w ramach umowy leasingu, pożyczki lub kredytu własność ubezpieczonego pojazdu przeszła na leasingobiorcę, pożyczkobiorcę lub kredytobiorcę, któremu oddano pojazd do używania.

Autocasco – wandalizm

Co jest objęte ochroną

77. Obejmujemy ochroną szkody spowodowane przez wandalizm.

Co nie jest objęte ochroną

78. Nie obejmujemy ochroną szkód w ubezpieczonym pojeździe w poniższych sytuacjach:

- 78.1. Jeśli ubezpieczony pojazd nie jest własnością osoby zadeklarowanej jako właściciel we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie. Nie stosujemy tego wyłączenia, gdy w ramach umowy leasingu, pożyczki lub kredytu własność ubezpieczonego pojazdu przeszła na leasingobiorcę, pożyczkobiorcę lub kredytobiorcę, któremu oddano pojazd do używania.
- 78.2. Jeśli szkody polegają na uszkodzeniu lub zniszczeniu wyłącznie ogumienia ubezpieczonego pojazdu. Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli ogumienie zostało uszkodzone lub zniszczone jednocześnie z innymi częściami ubezpieczonego pojazdu.

Ubezpieczenie szyb

Co jest objęte ochroną

79. Zorganizujemy i pokryjemy koszty usług naprawy lub wymiany w przypadku uszkodzenia lub zniszczenia w ubezpieczonym pojeździe szyb:

- czołowej,
- bocznej,
- tylnej, o ile nie stanowi ona integralnej części dachu.

Co nie jest objęte ochroną

80. Nie obejmujemy ochroną:

- 80.1. uszkodzeń lub zniszczeń szyb związanych z innymi uszkodzeniami pojazdu,
- 80.2. uszkodzeń lub zniszczeń innych niż szyba czołowa, tylna nie stanowiąca integralnej części dachu lub szyba boczna, szklanych elementów pojazdu: szyberdachu, szkła reflektora, lusterka, dachu szklanego,
- 80.3. uszkodzeń lub zniszczeń nalepki kontrolnej,
- 80.4. uszkodzeń lub zniszczeń elementu na stałe związanego z szybą: uszczelki, listwy, uchwyty, ogrzewania, chyba, że jego uszkodzenie lub zniszczenie powstało jednocześnie z uszkodzeniem lub zniszczeniem szyby lub gdy jego wymiana wynika z technologii naprawy lub wymiany szyby,
- 80.5. uszkodzeń lub zniszczeń elementów, które nie stanowią integralnego elementu konstrukcyjnego szyby, a są na stałe związane z szybą: folie antywłamaniowe lub przyciemniające, instalacja alarmowa, czujnik deszczu,
- 80.6. szkód powstałych z przyczyn eksploatacyjnych,
- 80.7. szkód, które powstały wskutek konserwacji, niewłaściwego załadowania lub wyładowania ubezpieczonego pojazdu, jego wykorzystywania niezgodnie z przeznaczeniem,
- 80.8. szkód w ubezpieczonym pojeździe, który nie jest własnością osoby zadeklarowanej jako właściciel we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie. Nie stosujemy tego wyłączenia w sytuacji, gdy w ramach umowy leasingu lub umowy kredytu własność ubezpieczonego pojazdu przeszła na leasingobiorcę, pożyczkobiorcę lub kredytobiorcę, któremu oddano przewłaszczony pojazd do używania.

81. Nie zwracamy poniesionych przez ubezpieczonego kosztów usług naprawy lub wymiany szyb, jeśli usługi te nie zostały zorganizowane przez nas.

Autocasco – inne uszkodzenia pojazdu

Co jest objęte ochroną

82. Obejmujemy ochroną następujące szkody, które powstały niezależnie od woli Ubezpieczonego:

- 82.1. zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego pojazdu lub jego części, które powstało w wyniku nagłego zetknięcia się z będącym na zewnątrz ubezpieczonego pojazdu:
 - innym pojazdem,
 - innym uczestnikiem ruchu drogowego lub
 - innym przedmiotem lub osobą,
- 82.2. utrata lub zniszczenie kluczyków lub innych urządzeń, które służą do otwierania lub uruchamiania ubezpieczonego pojazdu,
- 82.3. uszkodzenie wnętrza ubezpieczonego pojazdu spowodowane przez osoby, które były przewożone w związku z koniecznością udzielenia im pomocy medycznej.

Co nie jest objęte ochroną

83. Nie obejmujemy ochroną szkód:

- 83.1. które powstały z przyczyn eksploatacyjnych lub polegają na awarii ubezpieczonego pojazdu,
- 83.2. które powstały wskutek konserwacji, niewłaściwego załadowania lub wyładowania ubezpieczonego pojazdu lub jego wykorzystywania niezgodnie z przeznaczeniem,
- 83.3. w wyniku montażu lub demontażu części ubezpieczonego pojazdu, otwarcia pokrywy silnika w trakcie jazdy nim oraz wyrządzonych przez załadowany lub przewożony w ubezpieczonym pojeździe ładunek lub bagaż,
- 83.4. polegających na uszkodzeniu silnika ubezpieczonego pojazdu wskutek zassania wody,
- 83.5. w wyniku zatarcia lub przegrzania w ubezpieczonym pojeździe silnika i jego osprzętu lub innych zespołów, w tym skrzyni biegów,
- 83.6. w ubezpieczonym pojeździe, który nie jest własnością osoby zadeklarowanej jako właściciel we wniosku o zawarcie umowy lub

w przyjętej przez Ciebie ofercie – nie stosujemy tego wyłączenia w sytuacji, gdy w ramach umowy leasingu, pożyczki lub kredytu własność ubezpieczonego pojazdu przeszła na leasingobiorcę, pożyczkobiorcę lub kredytobiorcę, któremu oddano pojazd do używania,

- 83.7. które powstały wskutek przywłaszczenia ubezpieczonego pojazdu,
- 83.8. kiedy inne osoby wprowadziły Ciebie (lub osobę, która działa w Twoim imieniu, np. Twojego pracownika) w błąd i doprowadziły do tego, że wydano im lub wynajęto albo wypożyczono ubezpieczony pojazd – a osoby te nie miały zamiaru zwrócić pojazdu,
- 83.9. w ubezpieczonym pojeździe, który został oddany do sprzedaży komisowej lub osobom trzecim w celu sprzedaży tego pojazdu,
- 83.10. które polegają na uszkodzeniu lub zniszczeniu wyłącznie ogumienia ubezpieczonego pojazdu. Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli ogumienie zostało uszkodzone lub zniszczone jednocześnie z innymi częściami ubezpieczonego pojazdu.

Autocasco – stała suma ubezpieczenia

Co jest objęte ochroną

84. Ubezpieczenie stałej sumy ubezpieczenia działa w okresie, na jaki zawarliśmy z Tobą umowę. Ubezpieczenie jest zawarte na stałą sumę ubezpieczenia, gdy zostało to wskazane we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie, a następnie potwierdziliśmy to w polisie.

85. Stała suma ubezpieczenia polega na utrzymaniu wartości rynkowej ubezpieczonego pojazdu z dnia zawarcia umowy. Wartość tę określamy za pomocą systemów eksperckich lub w przypadku pojazdów fabrycznie nowych – faktury zakupu. Stała suma ubezpieczenia obowiązuje przez cały okres umowy w niezmienionej wysokości i stanowi podstawę do ustalenia odszkodowania w przypadku szkody całkowitej lub kradzieży ubezpieczonego pojazdu w okresie ubezpieczenia.

Zielona karta

Co jest objęte ochroną

86. Obejmujemy ochroną odpowiedzialność cywilną posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym za szkody wyrządzone osobom trzecim, powstałe w związku z ruchem tego pojazdu na terytorium państw należących do systemu Zielonej Karty. To kraje, przy wjeździe do których jest wymagany dokument ubezpieczenia – Międzynarodowa Karta Ubezpieczenia Samochodowego (Zielona Karta).

Wyłączenia ogólne

W tym rozdziale wskazujemy, czego dodatkowo nie obejmujemy ochroną w Ochronie prawnej, NNW, Assistance, Autocasco, Ubezpieczeniu szyb.



[→ Spis treści](#)

2.2 WYŁĄCZENIA OGÓLNE

87. Nie obejmujemy ochroną szkód, które powstały na skutek wskazanych niżej okoliczności:

- 87.1. Sytuacje, w których nie było związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zdarzeniem objętym przez nas ochroną ubezpieczeniową a szkodą.
- 87.2. Szkody lub zdarzenia spowodowane umyślnym działaniem Twoim lub Ubezpieczonego, na rachunek którego zawarłeś umowę, w sytuacji szkód spowodowanych rażącym niedbalstwem Twoim lub Ubezpieczonego, na rachunek którego zawarłeś umowę, jesteśmy wolni od odpowiedzialności, chyba że wypłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności. Tego wyłączenia nie stosujemy w NNW.
- 87.3. Szkody lub zdarzenia spowodowane umyślnie przez osobę, z którą Ty lub Ubezpieczony, na rachunek którego zawarłeś umowę, pozostajecie we wspólnym gospodarstwie domowym. Tego wyłączenia nie stosujemy w NNW.
- 87.4. Szkody lub zdarzenia, do których doszło podczas prowadzenia ubezpieczonego pojazdu przez: Ubezpieczonego, użytkownika ubezpieczonego pojazdu, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym w stanie pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków narkotycznych. Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli pozostawanie w tym stanie spowodowało szkody lub zdarzenia.
- 87.5. Szkody lub zdarzenia spowodowane przez: Ubezpieczonego, użytkownika ubezpieczonego pojazdu, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, jeśli osoby te nie posiadały w chwili wypadku uprawnień do kierowania ubezpieczonym pojazdem wymaganych prawem kraju, na terenie którego doszło do zdarzenia. Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli nie spowodowało to szkody lub zdarzenia. Zastosujemy je, gdy kierowca prowadzi ubezpieczony pojazd przeznaczony do nauki jazdy w ramach kursu przygotowującego do egzaminu na prawo jazdy lub lekcji doszkalających przed tym egzaminem oraz podczas tego egzaminu, a we wniosku lub w przyjętej przez Ciebie ofercie nie został wskazany taki sposób użytkowania ubezpieczonego pojazdu.
- 87.6. Szkody lub zdarzenia, do których doszło podczas kierowania ubezpieczonym pojazdem, który nie posiadał wymaganego ważnego okresowego badania technicznego. Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli stan techniczny pojazdu nie spowodował szkody lub zdarzenia.
- 87.7. Szkody lub zdarzenia, do których doszło podczas używania ubezpieczonego pojazdu jako narzędzia przestępstwa przez:

2.2 WYŁĄCZENIA OGÓLNE

Ubezpieczonego, użytkownika ubezpieczonego pojazdu, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym. Czyn ten musi stanowić przestępstwo według prawa miejsca zdarzenia. To oznacza, że którakolwiek z tych osób posłużyła się ubezpieczonym pojazdem:

- w celu popełnienia przestępstwa umyślnego,
- podczas użycia ubezpieczonego pojazdu do ucieczki przed zatrzymaniem przez uprawnione organy.

Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli nie spowodowało to szkody lub zdarzenia.

- 87.8. Szkody lub zdarzenia powstałe w ubezpieczonym pojeździe w trakcie używania go przez Ubezpieczonego, użytkownika ubezpieczonego pojazdu, osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym:

- jako taksówki lub jako pojazdy służące do przewozu pasażerów za opłatą, chyba że uzyskasz naszą zgodę i opłacisz dodatkową składkę,
- do nauki jazdy, chyba że uzyskasz naszą zgodę i opłacisz dodatkową składkę.

Nie stosujemy tego wyłączenia, jeśli nie spowodowało to szkody lub zdarzenia.

- 87.9. Szkody lub zdarzenia spowodowane:

- wydarzeniami wojennymi, nacjonalizacją, konfiskatą, przywłaszczeniem, rekwizycją ubezpieczonego pojazdu,
- aktami terroru,
- zamieszkami, strajkami, rozruchami,
- użyciem ubezpieczonego pojazdu do blokad dróg lub akcji protestacyjnych,
- użyciem ubezpieczonego pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska i policji.

Obowiązki Twoje i ubezpieczonego

W tej części znajdziesz informacje
o tym, jakie są Twoje i nasze obowiązki
związane z ochroną ubezpieczeniową.

2.3

[→ Spis treści](#)

Obowiązki Twoje lub ubezpieczonego

Gdy zawierasz umowę masz obowiązki:

88. Masz obowiązek ujawnić nam wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytaliśmy Cię we wniosku o zawarcie umowy albo w innych pismach przed zawarciem umowy. Jeśli zawierasz umowę przez przedstawiciela, na nim także spoczywa ten obowiązek i obejmuje ponadto jemu znane okoliczności. Jeśli nie otrzymamy odpowiedzi na poszczególne pytania, a mimo to zawrzemy z Tobą umowę, to uznajemy, że pominięte okoliczności nie były istotne. Jeśli w czasie trwania umowy okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy zmieniają się, masz obowiązek poinformować nas o tym niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

89. Jeśli zawrzesz umowę na cudzy rachunek, obowiązki te spoczywają zarówno na Tobie, jak i na Ubezpieczonym. Wyjątkiem są sytuacje, gdy Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

90. Nie odpowiadamy za skutki okoliczności, o których nie wiedzieliśmy, pomimo, że miałeś obowiązek nas o nich poinformować. Jeśli Ty lub Ubezpieczony umyślnie nie ujawniliście nam tych okoliczności, w razie wątpliwości przyjmujemy, że objęte ochroną zdarzenie i jego następstwa są skutkiem okoliczności, których nam nie ujawniono.

91. Ubezpieczony ma prawo uzyskać od nas informacje o postanowieniach umowy, które dotyczą jego praw i obowiązków.

92. Każde oświadczenie, które do nas wysyłasz, powinno zawierać Twoje dane, które pomogą nam Cię zidentyfikować.

Dodatkowe obowiązki związane z ubezpieczeniem Autocasco:

93. Gdy zawierasz umowę Autocasco masz obowiązek dostarczenia do nas zdjęć ubezpieczonego pojazdu w terminie do 7 dni od zawarcia umowy – o ile poinformujemy Cię o tym we wniosku lub w ofercie. Zdjęcia powinny zostać wykonane przez naszego agenta lub za pomocą udostępnionej przez nas aplikacji, która wskaże wymagane perspektywy i ujęcia ubezpieczonego pojazdu. Ubezpieczony pojazd powinien być tak

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

sfotografowany, aby dokumentacja zdjęciowa przedstawiała VIN na stałym elemencie pojazdu, całą bryłę ubezpieczonego pojazdu po przekątnej, z prawej strony, całą bryłę ubezpieczonego pojazdu po przekątnej z tyłu, z lewej strony, wewnątrz ubezpieczonego pojazdu z widocznym wyposażeniem pojazdu oraz jego ewentualne uszkodzenia. Gdy te zdjęcia otrzymamy później niż wskazany w polisie dzień rozpoczęcia okresu ubezpieczenia, to nasza odpowiedzialność rozpoczyna się dzień po ich dostarczeniu do nas (data końca polisy nie zmienia się), a Tobie przysuguje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

Dodatkowe obowiązki związane z ubezpieczeniem od kradzieży (Pakiet Ekstra i Max):

94. Ubezpieczony pojazd powinien być wyposażony w akceptowane przez nas zabezpieczenia przeciwkradzieżowe. Liczba i rodzaj wymaganych w przypadku ubezpieczonego pojazdu zabezpieczeń przeciwkradzieżowych zależy od sumy ubezpieczenia lub indywidualnej oceny ryzyka. Lista zamontowanych w ubezpieczonym pojeździe zabezpieczeń przeciwkradzieżowych znajduje się zarówno we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie, jak i w polisie. Ubezpieczony ma obowiązek utrzymywać je w sprawności przez okres obowiązywania umowy. Jeśli wymagamy dwóch zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, muszą to być urządzenia działające niezależnie od siebie, samodzielne, odmiennego rodzaju i o innych funkcjach.

95. Jeśli doszło to utraty kluczyka lub sterownika służący do otwarcia lub uruchomienia ubezpieczonego pojazdu, lub aktywacji zabezpieczenia przeciwkradzieżowego wskazanego we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i w polisie, Ty lub Ubezpieczony macie obowiązek:

- 95.1. powiadomić nas o tym niezwłocznie – nie później jednak niż w ciągu 48 godzin od chwili, gdy zostanie to zauważone,
- 95.2. niezwłocznie – nie później niż w ciągu 48 godzin od chwili, gdy zostanie to zauważone, wymienić zamki i przystosować ubezpieczony pojazd i zabezpieczenia przeciwkradzieżowe do stanu zadeklarowanego w tym zakresie we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i potwierdzonego w polisie. W takiej sytuacji zwrócimy koszty na podstawie doręczonej nam faktury lub rachunku za wymianę całego zestawu zamków i zmianę w szyfrowaniu urządzeń sterujących. Dopóki zamki w ubezpieczonym pojeździe nie zostaną

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

wymienione lub ubezpieczony pojazd ponownie nie spełni wymogów bezpieczeństwa opisanych we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i polisie, powinien on pozostawać w miejscu strzeżonym.

96. Ty lub Ubezpieczony powinniście niezwłocznie – nie później niż w ciągu 48 godzin od chwili, gdy zostanie to zauważone – powiadomić nas o zmianie któregokolwiek z zabezpieczeń przeciwkradzieżowych w ubezpieczonym pojeździe. Zmiana ta nie może zmniejszać wymogów bezpieczeństwa opisanych we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i potwierdzonych polisą.

Dodatkowe obowiązki związane z ubezpieczeniem Zielona Karta:

97. Posiadacz lub kierujący ubezpieczonego pojazdu nie może bez naszej zgody podejmować zobowiązań wobec osób zgłaszających roszczenia ani składać żadnych innych oświadczeń o przyjęciu odpowiedzialności za wypadek ze skutkiem dla nas.

Gdy dojdzie do szkody Ubezpieczony ma obowiązek:

98. Użyć dostępnych środków, aby ratować przedmiot ubezpieczenia oraz zapobiec szkodzie lub zmniejszyć jej rozmiary. Jeśli Ty lub Ubezpieczony umyślnie lub przez rażące niedbalstwo nie dopełnicie tego obowiązku, nie odpowiemy za szkody powstałe z tego powodu lub za te, których rozmiar powiększył się z tego powodu. Jesteśmy przy tym zobowiązani, w granicach sumy ubezpieczenia, zwrócić koszty wynikłe z zastosowania tych środków, jeżeli środki te były celowe – nawet jeśli okazały się bezskuteczne. Postanowienie to nie dotyczy NNW i ubezpieczenia Zielonej Karty.

99. Zawiadomić nas o zdarzeniu – ten obowiązek dotyczy również Ubezpieczonego, jeśli wiedział on o zawarciu umowy na jego rachunek. Terminy zawiadomień są wskazane w punkcie 117. Jeśli Ty lub Ubezpieczony (o ile wie o zawarciu umowy na jego rachunek) umyślnie lub przez rażące niedbalstwo nie poinformujecie nas o zdarzeniu, możemy odpowiednio zmniejszyć wypłacane odszkodowanie, gdy miało to wpływ na zwiększenie szkody lub nie pozwoliło nam ustalić okoliczności i skutków zdarzenia. Nie dotyczy to ubezpieczenia Zielonej Karty. Skutki braku zawiadomienia nas o wypadku nie następują, jeżeli w terminie wyznaczonym do

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

zawiadomienia otrzymaliśmy wiadomość o okolicznościach, które należało podać do naszej wiadomości.

100. Zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę. Postanowienie to nie dotyczy NNW i ubezpieczenia Zielonej Karty.

Gdy dojdzie do szkody z ubezpieczenia Ochrona prawna Ubezpieczony ma dodatkowo obowiązek:

101. Przekazać nam kopię posiadanej dokumentacji związanej ze sprawą.

102. Poinformować przedstawiciela Allianz o ustanowieniu pełnomocnika, udzielić takiej osobie pełnomocnictwa, poinformować ją o okolicznościach sprawy, wskazać dowody zdarzenia, przekazać jej niezbędne informacje i dostarczyć odpowiednie dokumenty.

103. Uzgodnić z przedstawicielem Allianz:

- 103.1. zawarcie ugody lub uznanie roszczenia w sprawie, w której udzielamy ochrony ubezpieczeniowej,
- 103.2. wytoczenie, cofnięcie lub modyfikację powództwa dotyczącego roszczenia dochodzonego przez niego, a wynikającego ze zdarzenia, które obejmujemy ochroną ubezpieczeniową,
- 103.3. złożenie środka odwoławczego od orzeczenia zapadłego w sprawie dotyczącej roszczenia wynikającego ze zdarzenia, które obejmujemy ochroną ubezpieczeniową.

Gdy dojdzie do szkody z ubezpieczenia NNW Ubezpieczony ma dodatkowo obowiązek:

104. Udzielić nam zgody, o którą możemy wystąpić na pozyskanie (w zakresie zgodnym z prawem) informacji medycznych oraz dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego od podmiotów, które wykonują działalność leczniczą zgodnie z ustawą o działalności leczniczej. Taka okoliczność zwalnia z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej lekarzy w kraju ich stałego miejsca zamieszkania i za granicą.

105. Udzielić nam zgody (może to zrobić również przedstawiciel Ubezpieczonego), abyśmy mogli wystąpić do Narodowego Funduszu Zdrowia o odpłatne udostępnienie danych o nazwach i adresach

2.3 OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO

świadczeniodawców, którzy udzielili Ubezpieczonemu świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.

106. Przedstawić nam imienne rachunki lub dowody ich zapłaty w Polsce, które potwierdzą poniesione koszty leczenia, abyśmy mogli je zwrócić. Koszty te muszą wynikać z nieszczęśliwego wypadku.

Gdy dojdzie do szkody z ubezpieczenia Assistance Ubezpieczony ma dodatkowo obowiązki:

107. Przekazać nam kopię notatki policyjnej, jeśli doszło do kradzieży ubezpieczonego pojazdu.

Gdy dojdzie do szkody z ubezpieczenia Autocasco Ubezpieczony ma dodatkowo obowiązki:

108. W przypadku kradzieży ubezpieczonego pojazdu lub jego części – nie później niż w ciągu 48 godzin od momentu, gdy dowiedział się o zdarzeniu – powiadomić policję w miejscu zdarzenia, zarówno w kraju, jak i za granicą. Dotyczy to także zaboru (podejrzenia zaboru) pojazdu w celu krótkotrwałego użycia. Ten obowiązek dotyczy Ciebie lub Ubezpieczonego (o ile wie o zawarciu umowy na jego rachunek).

Gdy dojdzie do szkody z Ubezpieczenia szyb Ubezpieczony ma dodatkowo obowiązki:

109. Przeprowadzić wymagane przepisami prawa dodatkowe badanie techniczne pojazdu po jego naprawie oraz poinformować nas o wykonaniu tego badania.

Nasze obowiązki

W relacjach z Tobą mamy obowiązki:

110. Odpowiedzieć kompletnie i rzetelnie na wszystkie Twoje pytania przed zawarciem umowy ubezpieczenia, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia oraz w procesie likwidacji szkody.

Gdy dojdzie do szkody mamy obowiązki:

111. Zrealizować wszystkie należne świadczenia.

112. Poinformować Ubezpieczonego o zakończeniu procesu likwidacji szkody.

113. Poinformować Ubezpieczonego, jeśli nie będziemy w stanie wywiązać się z terminów zakończenia procesu likwidacji szkody. Szczegóły znajdują się w rozdziale Terminy realizacji świadczenia.

114. Wypłacić należne odszkodowania i świadczenia w złotych. Jeśli kwota jest wyrażona w euro lub innej walucie obcej, wysokość wypłaconej kwoty ustalamy przy zastosowaniu średniego kursu Narodowego Banku Polskiego na dzień wymagalności roszczenia.

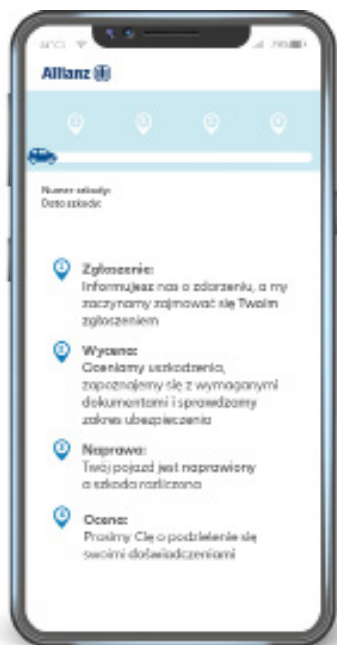
Szkoda – i co dalej?

Gdy pojawia się szkoda nie jest to przyjemne. Jednak proces jej zgłoszenia i obsługi może być prosty. Niestety, szkody się zdarzają.

2.4

→ [Spis treści](#)

2.4.1. Proces likwidacji szkody



Gdy dojdzie do szkody



Ocena szkody



Zasady wypłaty odszkodowania



Informacja zwrotna

115. W razie szkody Ubezpieczony powinien:

- 115.1. zapewnić bezpieczeństwo na drodze (włączyć światła awaryjne, rozłożyć trójkąt ostrzegawczy, użyć kamizelki odblaskowej),
- 115.2. zapewnić pierwszą pomoc, a jeśli jest taka potrzeba – wezwać pogotowie,

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

- 115.3. wezwać policję, jeśli zdarzył się wypadek, który mógł stanowić przestępstwo lub w którym zostali ranni lub zginęli ludzie,
- 115.4. jeśli potrzebuje holowania, zadzwonić pod numer Assistance 224 224 224.

116. Aby ułatwić proces likwidacji szkody w Autocasco i Ubezpieczeniu szyb udostępniliśmy Asystenta Szkody, który przeprowadzi Ubezpieczonego przez ten proces w czterech prostych krokach.



Gdy dojdzie do szkody

117. Po podjęciu działań, które zapewniają bezpieczeństwo na drodze, Ubezpieczony (o ile wie o zawarciu umowy na jego rachunek) powinien zgłosić szkodę. Powinien to zrobić niezwłocznie po jej wystąpieniu – nie później niż 24 godziny liczone od dnia szkody lub dnia, w którym Ubezpieczony dowiedział się o zdarzeniu, które ją wywołało.

118. Aby zrealizować świadczenie powinniśmy wiedzieć, że doszło do zdarzenia, które obejmujemy ochroną. Najszybszym sposobem, w jakim można powiadomić nas o szkodzie, jest:

- 118.1. zgłoszenie przez formularz na naszej stronie www.allianz.pl,
- 118.2. skontaktowanie się z nami telefonicznie pod numerem 224 224 224.

119. Ubezpieczony powinien podać wszystkie informacje niezbędne do ustalenia przyczyny, zakresu i rodzaju szkody, w tym o zgłaszającym szkodę, o pojeździe, wypadku i szkodzie.

120. W razie podania nieprawdziwych informacji lub umyślnego podania niepełnych informacji podczas zgłaszania szkody, możemy:

- 120.1. żądać od Ubezpieczonego zwrotu kosztów sprawdzenia tych informacji,
- 120.2. zmniejszyć kwotę odszkodowania,
- 120.3. odmówić wypłaty odszkodowania.

121. Po zgłoszeniu szkody Ubezpieczony otrzyma spersonalizowany link do Asystenta Szkody, w którym może śledzić status zgłoszenia 24 godziny/dobę.



Ocena szkody

122. W Asystencie Szkody dostępne są informacje, które dotyczą procesu likwidacji szkody.

123. Aby przyspieszyć proces likwidacji szkody poprosimy Cię lub Ubezpieczonego, byście przekazali nam w wersji elektronicznej dokumenty niezbędne do przeprowadzenia likwidacji szkody, np.:

- 123.1. zdjęcia uszkodzonego ubezpieczonego pojazdu,
- 123.2. dokument, który opisuje okoliczności powstania wypadku,
- 123.3. notatkę policyjną (jeżeli taka została sporządzona).

124. Może się okazać, że Ubezpieczony nie będzie mógł przestać nam zdjęć uszkodzeń lub ich rozdzielczość będzie niezgodna z wymaganiami, które wskazaliśmy mu w procesie likwidacji szkody. W takim przypadku poinformujemy Ubezpieczonego, że zdjęcia pozyska nasz rzeczoznawca.

125. Możemy odmówić realizacji świadczenia, jeśli:

- 125.1. Ubezpieczony uniemożliwi nam weryfikację stanu Ubezpieczonego pojazdu (np. zrobienie zdjęć lub odczyt danych z modułów pojazdu); oraz
- 125.2. na skutek odmowy nie będziemy mogli ustalić rodzaju szkody i zakresu zniszczeń Ubezpieczonego pojazdu lub okoliczności, które je spowodowały.

126. Na koniec oceny szkody stwierdzamy, czy przyjmujemy za nią odpowiedzialność. Jeśli tak – podajemy propozycję kolejnych kroków w procesie likwidacji szkody.

127. Bez naszej zgody nie można rozpocząć naprawy Ubezpieczonego pojazdu, chyba że nie odpowiemy w ciągu 7 dni od dnia otrzymania przez nas:

- 127.1. zdjęcia Ubezpieczonego pojazdu,
- 127.2. oceny naszego rzeczoznawcy
- 127.3. kalkulacji z warsztatu, który wykona naprawę.



Zasady wypłaty odszkodowania

128. Jeśli Ubezpieczony zdecyduje się na naprawę pojazdu, może to zrobić w jednym ze wskazanych przez nas warsztatów partnerskich. Zalety naprawy w warsztacie partnerskim to: szybki czas naprawy, gwarantowana jakość usług i rozliczenie kosztów naprawy bezpośrednio między nami a warsztatem – bez konieczności pokrywania ich przez Ubezpieczonego.

129. Z chwilą gdy ubezpieczony pojazd zostanie naprawiony, w Asystencie Szkody Ubezpieczony otrzyma potwierdzenie, że jest on gotowy do odbioru. Jeśli w umowie ustalono udział własny, to warsztat, który naprawiał pojazd może poprosić Ubezpieczonego o pokrycie kosztu udziału własnego. Zależy to od postanowień umowy i od rodzaju szkody.

130. W sytuacji, gdy szkoda będzie rozliczana jako szkoda całkowita, zamiast naprawy ubezpieczonego pojazdu proponujemy Ubezpieczonemu rozliczenie gotówkowe.

131. Jeśli szkoda ma miejsce poza Polską:

- 131.1. naprawa powinna odbyć się w Polsce;
- 131.2. za naszą zgodą naprawa może odbyć się poza Polską – gdy jest to niezbędne do kontynuacji bezpiecznej jazdy i powrotu do Polski;
- 131.3. jeśli naprawa została dokonana poza Polską bez naszej zgody lub w zakresie szerszym niż niezbędny, wypłacimy odszkodowanie według średnich cen naprawy w miejscu zarejestrowania ubezpieczonego pojazdu w Polsce;

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

132. Jeśli Ubezpieczony wybierze gotówkowe rozliczenie szkody, wypłacimy odszkodowanie w ciągu 2 dni roboczych od otrzymania akceptacji jego wysokości.

133. Świadczenie realizujemy na rzecz:

- 133.1. Ubezpieczonego lub osoby przez niego upoważnionej lub
- 133.2. spadkobierców Ubezpieczonego lub
- 133.3. następców prawnych osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej.

134. Jeśli Twoja umowa przewiduje udział własny, pomniejszym wypłacane odszkodowanie o jego wysokość.

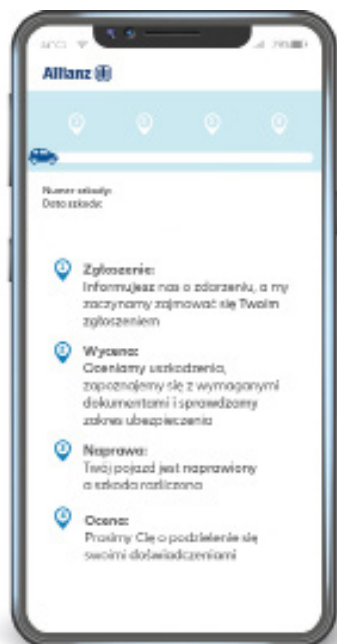
135. Zwróć uwagę, że zgłoszenie szkody może spowodować wzrost przyszłorocznej składki w umowie ubezpieczenia.



Informacja zwrotna

136. Po zakończeniu procesu likwidacji szkody poprosimy Cię, żebyś ocenił proces w Asystencie Szkody. Będziemy wdzięczni, jeśli poświęcisz czas, aby podzielić się swoją opinią. Bardzo cenimy Twoje zdanie i zobowiązujemy się do nieustannego budowania dobrych doświadczeń klientów.

2.4.2. Proces likwidacji szkody



Sposób realizacji świadczeń



Terminy realizacji świadczeń



Roszczenie regresowe



Umowa po szkodzie



Sposób realizacji świadczeń

Ochrona prawna:

137. Świadczymy ochronę co do kosztów wynikłych ze zdarzeń, które wystąpiły w okresie ubezpieczenia.

138. Ubezpieczony może wybrać pełnomocnika w postępowaniu sądowym lub administracyjnym.

139. Ubezpieczony może zażądać od nas wskazania mu pełnomocnika.

140. Ubezpieczony powinien nas poinformować niezwłocznie o wyborze pełnomocnika.

141. Nie ponosimy odpowiedzialności za świadczenie przez pełnomocnika pomocy prawnej na zlecenie Ubezpieczonego.

142. Organizujemy usługę telefonicznej asysty prawnej i pokrywamy jej koszt. W jej ramach Ubezpieczony ma dostęp codziennie od 9:00 do 21:00 do infolinii prawnej, którą w naszym imieniu prowadzi przedstawiciel Allianz.

NNW:

143. Wypłacimy świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu gdy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

144. Wypłacamy świadczenie z tego tytułu w wysokości zgodnej z tabelą trwałego uszczerbku na zdrowiu (1% trwałego uszczerbku na zdrowiu = 1% sumy ubezpieczenia).

145. Uznajemy maksymalnie 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu (niezależnie od liczby wypadków) w okresie trwania ochrony.

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

146. Jeśli na skutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony:

- 146.1. doznał upośledzenia większej liczby czynności organizmu opisanych w tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu – wtedy sumujemy stopnie trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 146.2. utracił lub ma uszkodzony organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z powodu choroby lub inwalidztwa, które już istnieje) – wtedy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy jako różnicę między stanem po nieszczęśliwym wypadku a stanem, który istniał bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem.

147. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy wg następujących zasad:

- 147.1. w oparciu o dokumentację medyczną Ubezpieczonego lub dokumentację medyczną pozyskaną przez nas – jeśli nie jest to możliwe, to możemy skierować Ubezpieczonego na badanie lekarskie przeprowadzone przez lekarza uprawnionego.
- 147.2. nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy lub czynności, które wykonuje Ubezpieczony.

148. Zwracamy koszty leczenia wg następujących zasad:

- 148.1. poniesione przez Ubezpieczonego w ciągu roku od dnia nieszczęśliwego wypadku;
- 148.2. bez względu na wysokość ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 148.3. świadczenia z tytułu kosztów leczenia nie mogą przekraczać rzeczywistych i udokumentowanych wydatków na ten cel – w sytuacji, w której Ubezpieczony był ubezpieczony na podstawie kilku umów ubezpieczenia

149. W przypadku śmierci Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku:

- 149.1. świadczenie w przypadku śmierci przysługuje, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu roku od dnia, w którym zdarzył się nieszczęśliwy wypadek;
- 149.2. jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, a Ubezpieczony zmarł w ciągu roku od dnia nieszczęśliwego wypadku – wypłacimy świadczenie w wysokości różnicy pomiędzy sumą ubezpieczenia na wypadek śmierci i już wypłaconym świadczeniem.

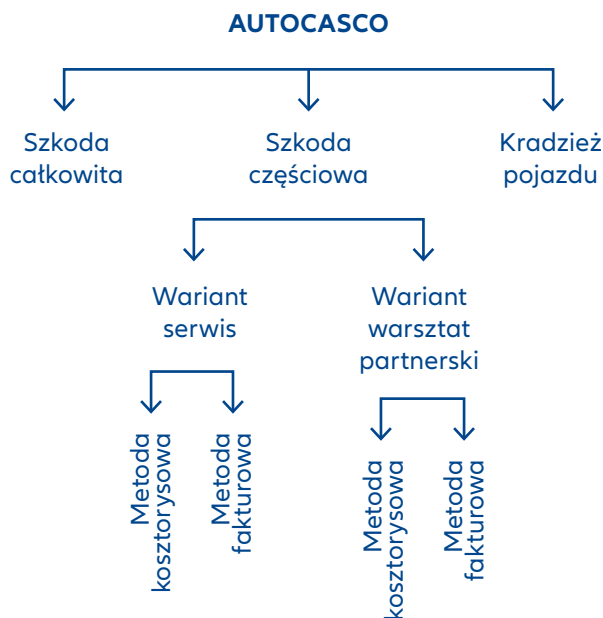
Assistance:

150. Zwrócimy Ubezpieczonemu poniesione koszty usługi Assistance. Wypłacimy je w zakresie określonym w umowie do wysokości limitów tam określonych. Koszty te zwracamy, gdy:

- 150.1. Ubezpieczony nie zgłosił zdarzenia objętego ochroną i skorzystał ze świadczeń Assistance zorganizowanych samodzielnie (bez naszego udziału) – z przyczyn niezależnych od siebie lub z powodu siły wyższej lub
- 150.2. zdarzenie objęte ochroną miało miejsce na autostradzie, a Ubezpieczonemu pomogły dedykowane służby drogowe.

Autocasco:

151. Szkodę możemy zlikwidować na kilka sposobów – pokazuje to poniższa grafika.



Ogólne zasady ustalania wysokości odszkodowania w Autocasco

152. Gdy suma ubezpieczenia jest ustalona w kwocie:

- 152.1. brutto – wypłacimy odszkodowanie z VAT.
- 152.2. netto – wypłacimy odszkodowanie bez VAT.
- 152.3. netto plus 50% VAT – wypłacimy odszkodowanie z 50% VAT.

153. Gdy w trakcie eksploatacji ubezpieczonego pojazdu wymieniono części, ich wartość ustalimy indywidualnie na podstawie rachunków lub faktur, z uwzględnieniem okresu ich użytkowania.

154. Gdy stwierdzimy, że ubezpieczony pojazd był uszkodzony lub naprawiany przed wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, pomniejszym odszkodowanie o faktyczne zużycie uszkodzonych lub naprawionych wcześniej części.

155. Jeśli Ubezpieczony rozpocznie naprawę ubezpieczonego pojazdu w ciągu 7 dni od zgłoszenia szkody bez naszej zgody, możemy odmówić wypłaty odszkodowania, w zakresie, w jakim nie będziemy mogli ustalić:

- jaki był rodzaj i zakres zniszczeń ubezpieczonego pojazdu lub
- co spowodowało zdarzenie, które było przyczyną szkody.

156. Wartość odszkodowania nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia, która może uwzględniać limit dla wyposażenia.

157. Gdy uszkodzenia polegają na punktowych wgniecieniach karoserii ubezpieczonego pojazdu (np. grad, szkody parkingowe itp.) i można je naprawić za zgodą Ubezpieczonego bez lakierowania, kwotę odszkodowania ustalimy na podstawie kosztów naprawy.

158. Odszkodowanie za uszkodzenia ubezpieczonego pojazdu i jego wyposażenia, uwzględnia koszty naprawy pojazdu:

- z oceny technicznej,
- obliczone na podstawie danych z systemów eksperckich.

Ty oraz Ubezpieczony możecie zgłosić nam zastrzeżenia do oceny technicznej.

159. Niezależnie od wariantu ubezpieczenia wypłacimy odszkodowanie za uszkodzenia opon, komponentów układu wydechowego (w tym katalizatora), wallbox (urządzenie przeznaczone do ładowania pojazdów elektrycznych) oraz kabli do ładowania pojazdów

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

i akumulatora z uwzględnieniem poziomu ich zużycia i stanu, bez względu na okres użytkowania ubezpieczonego pojazdu.

160. Zwrócimy uzasadnione koszty (w granicach sumy ubezpieczenia):

- parkowania uszkodzonego ubezpieczonego pojazdu – od dnia zgłoszenia szkody do dnia oględzin i powypadkowej oceny technicznej w przypadku szkody częściowej lub do dnia, w którym Ubezpieczony otrzyma rozliczenie szkody całkowitej, do 500 zł,
- holowania uszkodzonego ubezpieczonego pojazdu, w tym koszty użycia niezbędnego sprzętu, do 3000 zł dla pojazdów ciężarowych o ładowności powyżej 3,5 tony oraz 1000 zł dla pozostałych pojazdów. Zwracamy do 1000 euro za koszty holowania poza Polską lub do Polski,
- dodatkowego badania technicznego ubezpieczonego pojazdu wymaganego zgodnie z odpowiednimi przepisami prawnymi, które obowiązują w dniu powstania szkody,
- naprawy lub wymiany wallbox (urządzenie przeznaczone do ładowania pojazdów elektrycznych) oraz kabli do ładowania pojazdów w przypadku ich uszkodzenia do 7 000 zł po przedłożeniu faktury dokumentującej ich zakup.

161. Gdy Ubezpieczony zgłosi więcej niż jedną szkodę w ramach jednej umowy i nie wypłaciliśmy odszkodowania za wcześniejsze szkody – możemy wypłacić odszkodowanie łącznie, jednak w historii ubezpieczenia każdą szkodę będziemy traktować osobno.

Kradzież

162. W razie kradzieży ubezpieczonego pojazdu:

- 162.1. Wypłacimy odszkodowanie, które odpowiada wartości rynkowej ubezpieczonego pojazdu z wyposażeniem w dniu kradzieży (w granicach sumy ubezpieczenia).
- 162.2. Ubezpieczony musi nam przekazać:
 - 162.2.1. umowę, która przenosi na nas własność ubezpieczonego pojazdu,
 - 162.2.2. dowód rejestracyjny (lub wtórnik – drugi egzemplarz dokumentu wydawany przez uprawniony podmiot) i kartę pojazdu (o ile ją wydano)
 - 162.2.3. dowód własności ubezpieczonego pojazdu,
 - 162.2.4. dokumenty, które potwierdzają pochodzenie ubezpieczonego pojazdu i pozwalają go zidentyfikować,
 - 162.2.5. dokument, który potwierdza wyrejestrowanie ubezpieczonego pojazdu,

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

162.2.6. wszystkie oryginalne i kompletne zestawy kluczyków i elektronicznych urządzeń sterujących do ubezpieczonego pojazdu oraz wszystkie urządzenia, które służą do aktywacji zabezpieczeń przeciwkradzieżowych – w liczbie wskazanej we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i w polisie (jeśli nie zgłoszono ich utraty).

- 162.3. Jeśli własność ubezpieczonego pojazdu nie została na nas przeniesiona, wypłacone odszkodowanie podlega w całości zwrotowi.
- 162.4. Po odzyskaniu ubezpieczonego pojazdu po kradzieży i wypłacie odszkodowania, możemy z powrotem przenieść na Ubezpieczonego jego własność – wspólnie ustalimy warunki tego przeniesienia po zwrocie przez Ubezpieczonego wypłaconego odszkodowania.
- 162.5. Gdy właściciel ubezpieczonego pojazdu przed wypłatą odszkodowania odzyskał uszkodzony pojazd, wypłacimy odszkodowanie zgodnie z zasadami dla szkody częściowej.
- 162.6. Gdy stałą sumę ubezpieczenia ustaliliśmy na podstawie informacji o pojeździe od Ciebie, które są:
 - prawdziwe – odszkodowanie odpowiada stałej sumie ubezpieczenia.
 - nieprawdziwe – odszkodowanie odpowiada sumie ubezpieczenia, która byłaby ustalona w oparciu o dane prawdziwe na dzień zawarcia umowy.

Szkoda całkowita

163. Gdy wystąpi szkoda całkowita:

- 163.1. Wypłacimy odszkodowanie w kwocie, która odpowiada różnicy między wartością rynkową nieuszkodzonego ubezpieczonego pojazdu w dniu powstania szkody (nie większej niż suma ubezpieczenia) a wartością pozostałości po szkodzie całkowitej,
- 163.2. Aby ustalić wartość rynkową ubezpieczonego pojazdu, wykorzystamy system ekspercki, z którego korzystaliśmy przy zawieraniu umowy.

164. Gdy stałą sumę ubezpieczenia ustaliliśmy na podstawie podanych przez Ciebie informacji o pojeździe, które były:

- 164.1. prawdziwe – odszkodowanie to różnica między wartością rynkową pojazdu z dnia zawarcia umowy i wartością pozostałości po szkodzie całkowitej,
- 164.2. nieprawdziwe – odszkodowanie odpowiada różnicy między wartością rynkową pojazdu, która byłaby ustalona w oparciu o dane prawdziwe na dzień zawarcia umowy i wartością pozostałości po szkodzie całkowitej.

Szkody częściowe

165. W przypadku szkody częściowej, odszkodowanie liczymy według wariantu wybranego przy zawarciu umowy:

- Serwis,
- Warsztat partnerski.

166. W ramach każdego wariantu możesz wybrać metodę:

- kosztorysową – na podstawie kosztorysu, lub
- fakturową – na podstawie rachunków i faktur, które przedstawi Ubezpieczony.

167. Warianty:

Wariant Autocasco	Szkody częściowe	Ubezpieczony pojazd może zostać naprawiony	Metoda fakturowa – części zamienne	Metoda kosztorysowa – części zamienne
Warsztat partnerski	do wyboru: • kosztorys – odszkodowanie na podstawie naszej wyceny, lub • faktury – odszkodowanie na podstawie porównania przekazanych nam faktur z ustalonymi kosztami naprawy	w warsztacie partnerskim z sieci warsztatów, które z nami współpracują lub w innej stacji obsługi, którą wybierze Ubezpieczony (szczegóły poniżej)	• części alternatywne • części oryginalne serwisowe (gdy części alternatywne są niedostępne)	• części alternatywne • części oryginalne serwisowe (gdy części alternatywne są niedostępne) pomniejszone o wartość amortyzacji
Serwis		w warsztacie, który wybierze Ubezpieczony (również warsztaty ASO)	części oryginalne serwisowe	• części alternatywne • części oryginalne serwisowe (gdy części alternatywne są niedostępne) pomniejszone o wartość amortyzacji

Metoda kosztorysowa

168. Przygotowanie kosztorysu:

- 168.1. Stosujemy normy czasowe dla napraw ustalone przez producenta pojazdu, dostępne w systemach eksperckich.
- 168.2. Stawka za roboczogodzinę to 68 zł brutto (z VAT) dla prac blacharskich i lakierniczych.
- 168.3. Kosztorys przygotowujemy na podstawie ceny materiałów i części alternatywnych. Jeśli części alternatywne nie są dostępne, kosztorys przygotowujemy w oparciu o ceny części oryginalnych serwisowych.
- 168.4. Ceny materiałów, części alternatywnych i części oryginalnych serwisowych ustalamy na podstawie danych z systemów eksperckich. Ceny

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

części oryginalnych serwisowych nie mogą przekraczać średniej ceny rekomendowanej przez producenta lub importera danej marki pojazdu.

- 168.5. Jeśli w trakcie użytkowania ubezpieczonego pojazdu wymieniono niektóre części (co potwierdza rachunek lub faktura), odszkodowanie za uszkodzenie ustalamy indywidualnie z uwzględnieniem czasu, przez jaki były użytkowane.
- 168.6. Ceny materiałów i części oryginalnych serwisowych pomniejszamy o wartość amortyzacji (stopień zużycia, który wynika z eksploatacji):

Okres eksploatacji ubezpieczonego pojazdu	Amortyzacja	Przykład
do 3 lat	25%	Twój samochód ma 4 lata. W wyniku szkody uszkodzone zostały zderzak i nadkole. Wybrałeś likwidację szkody metodą kosztorysową. Dostępne były tylko części oryginalne serwisowe, o wartości 5000 zł. Zgodnie z tabelą odszkodowanie pomniejszymy o 35%. Wypłacimy odszkodowanie o wartości 3250 zł.
ponad 3 lata do 6 lat	35%	
ponad 6 lat do 10 lat	50%	
ponad 10 lat	60%	

Metoda fakturowa

169. Jeśli odszkodowanie zostanie ustalone z użyciem metody fakturowej możemy:

- 169.1. wypłacić odszkodowanie, którego kwota jest wyższa niż ustalona metodą kosztorysu, jeżeli Ubezpieczony udostępni nam ubezpieczony pojazd na potrzeby oględzin w trakcie lub po naprawie,
- 169.2. zakwalifikować do wymiany uszkodzoną część po uzgodnieniu z Ubezpieczonym pod warunkiem, że je zezłomuje lub przekaże nam; jeśli nie, odszkodowanie liczymy wg ustalonych kosztów naprawy części.

Wariant Serwis – metoda fakturowa

170. Wypłacimy odszkodowanie za naprawę ubezpieczonego pojazdu (na podstawie rachunków i faktur) za uszkodzenia powstałe w związku ze zdarzeniem, za które odpowiadamy. Odszkodowanie uwzględnia koszty i naprawę pojazdu, które ustaliliśmy wcześniej z Tobą lub Ubezpieczonym. Informujemy, że przy wycenie szkody:

- 170.1. stosujemy normy czasowe dla napraw ustalone przez producenta pojazdu, dostępne w systemach eksperckich.
- 170.2. przyjmujemy stawkę za roboczogodzinę ustaloną dla warsztatu, który z nami współpracuje. Gdy naprawą zajmuje się inny:
 - warsztat ASO – przyjmujemy średnią arytmetyczną stawki za roboczogodzinę ustaloną dla warsztatu, uwzględniamy ceny w warsztatach ASO danej marki w województwie, w którym dokonywana

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

jest naprawa (maksymalnie 110% średniej stawki za roboczogodzinę warsztatów ASO, którzy z nami współpracują),

- warsztat inny niż warsztat ASO – przyjmujemy średnią arytmetyczną stawki za roboczogodzinę ustaloną dla warsztatu, uwzględniamy ceny w warsztatach naprawczych inne niż warsztaty ASO w województwie, w którym dokonywana jest naprawa (maksymalnie 110% średniej stawki za roboczogodzinę warsztatów partnerskich),
- 170.3. Ceny materiałów i części oryginalnych serwisowych ustalamy na podstawie systemów eksperckich. Nie przekraczają one średniej ceny rekomendowanej przez producenta lub importera pojazdu.

Wariant warsztat partnerski – metoda fakturowa

171. Wypłacimy odszkodowanie na podstawie rachunków i faktur, które potwierdzają naprawę uszkodzeń ubezpieczonego pojazdu, które są w związku przyczynowym ze zdarzeniem, za które odpowiadamy. Przed wypłatą sprawdzimy, czy te dokumenty są zgodne z naszymi uprzednimi ustaleniami z Tobą. Informujemy, że:

- 171.1. normy czasowe dla napraw – to normy ustalone przez producenta pojazdu, dostępne w systemach eksperckich,
- 171.2. stawka za roboczogodzinę – to stawka ustalona dla warsztatu partnerskiego lub innego warsztatu, który naprawia ubezpieczony pojazd (maksymalnie 123 zł brutto z VAT),
- 171.3. ceny materiałów i części alternatywnych ustalamy na podstawie informacji z systemów eksperckich. Jeśli te dane nie są dostępne, wykorzystujemy:
 - 171.3.1. ceny materiałów; i
 - 171.3.2. części oryginalnych serwisowych producenta ubezpieczonego pojazdu (do wysokości średniej ceny rekomendowanej przez producenta lub importera pojazdu).

172. Możemy wypłacić łączne odszkodowania, gdy Ty lub Ubezpieczony zgłosisz kolejną szkodę zanim zostanie naprawione uszkodzenie zgłoszone wcześniej w ramach tej samej umowy.

Ubezpieczenie Szyb

173. Do wymiany szyby stosujemy szybę, która jest częścią alternatywną lub, gdy jest niedostępna, taką, która jest częścią oryginalną serwisową.

174. Naprawimy szybę, jeżeli istnieje taka techniczna możliwość.

2.4 SZKODA – I CO DALEJ

175. Jeśli koszt naprawy lub wymiany przekracza sumę ubezpieczenia, taka naprawa lub wymiana:

- 175.1. nastąpi – gdy Ubezpieczony pokryje różnicę między kosztami usługi i kwotą limitu naszej odpowiedzialności
- 175.2. nie nastąpi – gdy Ubezpieczony nie zgadza się na pokrycie tej różnicy; w takim wypadku wypłacimy kwotę limitu naszej odpowiedzialności.

176. Jeśli nie zorganizujemy naprawy lub wymiany szyb w terminie 10 dni od dnia pozostawienia ubezpieczonego pojazdu w warsztacie w celu wykonania usługi, Ubezpieczony może wykonać usługę we własnym zakresie, a my zwrócimy mu poniesione koszty naprawy lub wymiany szyby do wysokości sumy ubezpieczenia

177. Gdy szkoda powstała poza Polską, Ubezpieczony może zlecić naprawę lub wymianę szyb poza Polską. Zwracamy Ubezpieczonemu koszty naprawy lub wymiany szyb do wysokości sumy ubezpieczenia

178. W granicach sumy ubezpieczenia zwracamy też koszty:

- wynikłe z prób ratowania szyb pojazdu i zapobieżenia szkodzie lub jej zmniejszeniu, jeżeli środki te były celowe, nawet jeśli okazały się bezskuteczne,
- dodatkowego badania technicznego.

Zielona Karta

179. Ustalamy i wypłacamy odszkodowanie w granicach odpowiedzialności cywilnej posiadacza lub kierującego ubezpieczonym pojazdem według prawa miejsca zdarzenia.

180. Odszkodowanie wypłacimy do sumy gwarancyjnej i zgodnie z umową, jeśli:

- 180.1. w miejscu zdarzenia suma gwarancyjna jest mniejsza niż w umowie; lub
- 180.2. zakres ochrony jest węższy niż w umowie.

181. Jeśli poszkodowany i posiadacz ubezpieczonego pojazdu lub kierujący ubezpieczonym pojazdem są obywatelami Polski i mieszkają w Polsce, stosujemy prawo polskie, o ile prawo miejsca zdarzenia przewiduje taką właściwość.



Terminy realizacji świadczeń

182. Spełnimy świadczenie w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu. Jeżeli w tym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia okaże się niemożliwe, świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności będzie możliwe wyjaśnienie tych okoliczności.

183. Spełnimy bezsporną część świadczenia w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.



Roszczenia regresowe

184. Roszczenie regresowe polega na tym, że jeśli wypłacimy odszkodowanie, mamy prawo dochodzić jego zwrotu od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody. Roszczenia regresowego dochodzimy na poniższych zasadach.

- 184.1. Z dniem, w którym wypłacimy odszkodowanie, roszczenie wobec osoby odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na nas do wysokości wypłaconej kwoty. W sytuacji, gdy pokryliśmy szkodę jedynie w części, Ubezpieczony ma pierwszeństwo zaspokojenia przed naszymi roszczeniami.
- 184.2. Nie przechodzą na nas roszczenia wobec osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
- 184.3. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony jest zobowiązany zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

185. Powyższe reguły, które opisują roszczenia regresowe nie dotyczą NNW i Zielonej Karty.

186. W ubezpieczeniu Zielona Karta mamy prawo żądać od kierującego pojazdem zwrotu wypłaconego odszkodowania, jeśli:

- wyrządził szkodę umyślnie,
- wyrządził szkodę w stanie pod wpływem alkoholu lub środków narkotycznych,
- wszedł w posiadanie pojazdu wskutek przestępstwa,
- nie posiadał w chwili wypadku wymaganych prawem kraju, na terenie którego doszło do wypadku, uprawnień do kierowania pojazdem, lub zatrzymano mu czasowo bądź na stałe dokumenty wymagane przy prowadzeniu pojazdu, z wyjątkiem sytuacji, gdy chodziło o ratowanie życia ludzkiego lub mienia albo o pościg za osobą podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa,
- zbiegł z miejsca zdarzenia.



Umowa po szkodzie

187. Umowa rozwiązuje się:

- 187.1. w ubezpieczeniu Ochrony prawnej – dodatkowo w razie wyczerpania sumy ubezpieczenia, gdy spełniliśmy świadczenia z tego ubezpieczenia.
- 187.2. w ubezpieczeniu Autocasco poza sytuacjami opisanymi w punktach 217 i 218 – gdy wypłaciliśmy odszkodowanie za całkowitą szkodę ubezpieczonego pojazdu.
- 187.3. w Ubezpieczeniu szyb – dodatkowo z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłaty odszkodowania.

Jakie są najważniejsze części umowy

W tej części informujemy o składce,
warunkach ubezpieczenia oraz sposobie,
w jaki może dojść do rozwiązania umowy.

2.5

[→ Spis treści](#)

Opłacanie składek

188. Wysokość składki określamy na podstawie wysokości taryfy, która obowiązuje w dniu zawarcia umowy lub aneksu do umowy. Elementy, które mają wpływ na składkę to: wartość rynkowa ubezpieczonego pojazdu, suma ubezpieczenia, rodzaj ubezpieczenia, marka i model ubezpieczonego pojazdu oraz inne czynniki konieczne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Pytamy Cię o nie we wniosku o zawarcie umowy lub wskazujemy w przyjętej przez Ciebie ofercie bądź aneksie do umowy. Na wysokość składki mają też wpływ zniżki, które przyznajemy w danym okresie. Taryfa składek uwzględnia spadek wartości rynkowej ubezpieczonego pojazdu następujący wraz z upływem czasu. Tym samym nie ma zastosowania zwrot składki w wypadku zmniejszenia się wartości ubezpieczonego pojazdu w okresie obowiązywania umowy.

189. Jesteś zobowiązany opłacać składkę.

190. Jeśli zawarłeś z nami roczną umowę, składkę możesz opłacić jednorazowo lub w ratach. Wysokość składki i terminy jej zapłaty określamy w polisie. Składkę za ubezpieczenie Zielona Karta opłacasz zawsze jednorazowo.

191. Składkę możesz opłacić:

- przelewem bankowym lub korzystając z usługi płatniczej,
- przekazem pocztowym,
- kartą płatniczą,
- gotówką.

Za datę wpłaty przyjmujemy datę zlecenia przelewu w banku, nadania przekazu, płatności kartą lub zapłacenia składki uprawnionemu pośrednikowi ubezpieczeniowemu.

192. Jeśli zapłacisz kwotę niższą, niż to wynika z umowy, uznamy, że składka lub jej rata nie została opłacona.

193. Jeśli nasza odpowiedzialność się rozpoczęła, a Ty nie opłaciłeś składki lub jej pierwszej raty terminowo, mamy prawo wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. Zażądamy wtedy zapłaty składki za okres naszej odpowiedzialności. Jeśli umowa nie zostanie rozwiązana

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

w tym trybie, wygasa ona wraz z końcem okresu, za który miałeś obowiązek zapłacić tę składkę. Mamy wtedy prawo do składki za cały okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

194. Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie, jeśli nie opłacisz raty kolejnej składki w kwocie i terminie, które określa umowa, mimo że wystaliśmy Ci wezwanie po upływie terminu jej płatności. W tym wezwaniu:

- wskażemy wysokość nieopłaconej raty składki i dodatkowy 7-dniowy termin jej zapłaty,
- pouczymy Cię o tym, że nieopłacenie składki spowoduje ustanie ochrony ubezpieczeniowej.

Jeśli nie wyślemy Ci takiego wezwania, ochrona ubezpieczeniowa nie wygasa, a nam przysługuje prawo do składki za cały okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

195. Jeśli z umowy wynika, że ochrona rozpoczyna się nie wcześniej niż z dniem zapłaty składki lub jej pierwszej raty, a zapłacisz składkę lub jej pierwszą ratę po dacie początku ochrony wskazanej w polisie, wówczas przysługuje Ci zwrot składki proporcjonalnie do skróconego okresu ochrony z powodu Twojego opóźnienia. W tej sytuacji ochrona wygasa z dniem wskazanym w polisie.

196. Kiedy wystąpi zdarzenie ubezpieczeniowe, które powoduje obowiązek spełnienia świadczenia wyczerpującego sumę ubezpieczenia – pozostała do zapłaty składka staje się natychmiast wymagalna. Możemy potrącić z kwoty należnego odszkodowania wymagalną składkę, która pozostała do zapłaty – o ile jesteś równocześnie Ubezpieczonym.

197. Jeśli ochrona wygaśnie przed końcem okresu, na który była zawarta umowa, masz prawo do zwrotu składki w wysokości proporcjonalnej do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej.

198. Gdy odstąpisz od umowy, przysługuje Ci zwrot składki.

199. W razie rozwiązania umowy przysługuje nam składka za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

200. Jeśli dojdzie do ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

ubezpieczeniowego, zarówno Ty jak i my możemy zażądać zmiany wysokości składki od momentu, w którym wystąpiła ta okoliczność, ale nie wcześniej niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. Jeśli z takim żądaniem wystąpi jedna ze stron umowy, druga strona może wypowiedzieć umowę w ciągu 14 dni ze skutkiem natychmiastowym.

Okres obowiązywania umowy

201. Nasza odpowiedzialność z tytułu umowy rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie oraz potwierdzonym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Jednak – o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej – nie rozpocznie się ona wcześniej niż od następnego dnia po tym, jak zapłacisz składkę lub jej ratę. W przypadku Zielonej Karty nasza odpowiedzialność rozpoczyna się po spełnieniu powyższych warunków, jednak nie wcześniej niż po wyjechaniu poza granicę Polski.

202. Ponadto w przypadku Autocasco (o ile poinformujemy Cię o takim obowiązku we wniosku o ubezpieczenie lub ofercie) nasza odpowiedzialność związana jest z dostarczeniem do nas zdjęć ubezpieczonego pojazdu. Powinny one zostać wykonane przez naszego agenta lub za pomocą udostępnionej przez nas aplikacji i przedstawiać: VIN na statym elemencie pojazdu, całą bryłę ubezpieczonego pojazdu po przekątnej, z prawej strony, całą bryłę ubezpieczonego pojazdu po przekątnej z tyłu, z lewej strony, wewnątrz ubezpieczonego pojazdu z widocznym wyposażeniem pojazdu oraz jego ewentualne uszkodzenia. Jeśli te zdjęcia otrzymamy najpóźniej w momencie zawarcia umowy, to nasza odpowiedzialność rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie oraz potwierdzonym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Jeśli te zdjęcia otrzymamy po zawarciu umowy, to nasza odpowiedzialność rozpocznie się dzień po dostarczeniu tych zdjęć do nas.

Zawarcie umowy

203. O ile Ty i my (strony) nie ustalimy inaczej, to umowę zawieramy na rok (okres ubezpieczenia). W ubezpieczeniu Zielona Karta okres ubezpieczenia to co najmniej 15 dni i nie więcej niż 12 miesięcy.

204. Na podstawie tych o.w.u. Ty i my jesteśmy uprawnieni, za naszą wspólną zgodą, do zawarcia umowy na kolejny okres ubezpieczenia.

205. Przed zawarciem umowy otrzymasz od nas te o.w.u.

206. Umowę zawieramy z Tobą na Twój wniosek. Składasz go u naszego przedstawiciela lub za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość. Wniosek stanowi integralną część umowy. Umowa może być też zawarta poprzez przyjęcie przez Ciebie warunków złożonej przez nas oferty. Przed zawarciem umowy na odległość dodatkowo udostępnimy Ci regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną.

207. Zawarcie umowy potwierdzamy wystawiając polisę lub Międzynarodową Kartę Ubezpieczenia Samochodowego (w przypadku Zielonej Karty). W polisie znajdziesz również wariant ubezpieczenia na wypadek wystąpienia szkody częściowej (dotyczy Autocasco).

208. Możemy sprawdzić dane dotyczące identyfikacji i stanu technicznego pojazdu lub wyposażenia oraz własności pojazdu i dokumenty zaświadcujące opłacenie podatków w przypadku pojazdu niezarejestrowanego i wwiezionego do Polski. Robimy to, aby ocenić ryzyko ubezpieczeniowe. W tym celu możemy poprosić Ciebie lub Ubezpieczonego, abyście dostarczyli pojazd i niezbędne dokumenty (dokumenty zakupu, stanu technicznego, zaświadcujące opłacenie podatków) w uzgodnione wspólnie miejsce.

209. Kiedy zawieramy z Tobą umowę Autocasco lub Ubezpieczenia szyb, indywidualnie oceniamy ryzyko. Mamy prawo uzależnić zawarcie umowy od wprowadzenia udziału własnego określonego we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

210. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- 210.1. z upływem ostatniego dnia okresu, na jaki zawarliśmy umowę (okres ubezpieczenia),
- 210.2. z dniem przeniesienia prawa własności ubezpieczonego pojazdu, z wyjątkiem sytuacji, gdy przechodzi on na Twoją własność leasingobiorcy, kredytobiorcy lub pożyczkobiorcy, a w polisie byłeś dotychczas zarówno Ubezpieczającym, jak i użytkownikiem,
- 210.3. z dniem wyrejestrowania ubezpieczonego pojazdu lub jego demontażu,
- 210.4. z dniem rejestracji ubezpieczonego pojazdu za granicą Polski,
- 210.5. z dniem Twojego odstąpienia od umowy,
- 210.6. z dniem wypowiedzenia umowy przez Ciebie lub przez nas w sytuacjach, o których mowa w tych o.w.u.,
- 210.7. z dniem wypłaty odszkodowania za kradzież ubezpieczonego pojazdu (wyjątkiem jest zabór ubezpieczonego pojazdu w celu krótkotrwałego użycia, według art. 289 kodeksu karnego).

Powyższe przypadki nie dotyczą ubezpieczenia Zielonej Karty.

211. W ubezpieczeniu Zielona Karta ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- 211.1. z upływem ostatniego dnia okresu, na jaki zawarliśmy umowę (okres ubezpieczenia),
- 211.2. z dniem odstąpienia od umowy (liczy się data nadania pisma),
- 211.3. z dniem wyrejestrowania ubezpieczonego pojazdu,
- 211.4. z dniem przeniesienia prawa własności ubezpieczonego pojazdu,
- 211.5. z dniem rejestracji ubezpieczonego pojazdu za granicą Polski,
- 211.6. z chwilą udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania ubezpieczonego pojazdu w okolicznościach, w których nie zmienia się posiadacz,
- 211.7. z dniem wydania przez przedsiębiorcę prowadzącego punkt zbierania pojazdów zaświadczenia o demontażu ubezpieczonego pojazdu lub o przyjęciu niekompletnego pojazdu albo z dniem wydania równoważnego dokumentu z innego państwa.

212. W razie przeniesienia prawa własności ubezpieczonego pojazdu, niewykorzystany okres ubezpieczenia Zielona Karta liczymy od daty

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

przeniesienia jego własności. Aby otrzymać zwrot składki, musisz nas o tym poinformować.

Odstąpienie od umowy

213. Jeśli umowa łącząca Cię z nami jest zawarta na dłużej niż 6 miesięcy, możesz odstąpić od niej w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeśli jesteś przedsiębiorcą, możesz to zrobić w ciągu 7 dni od zawarcia umowy. Nie musisz podawać przyczyn odstąpienia. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Cię z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym zapewnialiśmy ochronę ubezpieczeniową.

214. Jeśli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia umowy nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od umowy, termin 30 dni na odstąpienie od umowy liczony jest od dnia, w którym dowiesz się o tym prawie.

215. Jeśli jesteś konsumentem i zawrzesz umowę przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (np. internet), termin, w którym możesz odstąpić od umowy, wynosi 30 dni od dnia, w którym poinformowaliśmy Cię o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta (liczy się termin późniejszy). Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie zostało wysłane przed jego upływem. Nie musisz podawać przyczyn odstąpienia.

216. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy wyślij nam najpóźniej w ostatnim dniu terminu, w którym masz prawo do odstąpienia.

Wypowiedzenie umowy

217. Możemy wypowiedzieć umowę w zakresie Autocasco, Ochrony prawnej oraz Assistance ze skutkiem natychmiastowym z następujących ważnych powodów:

- 217.1. jeśli przeprowadzone przez nas oględziny wykazały, że ubezpieczony pojazd:
 - miał uszkodzenia nie zgłoszone przez Ciebie we wniosku o zawarcie umowy lub
 - nie miał zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, wskazanych przez Ciebie we wniosku o zawarcie umowy lub opisanych w przyjętej przez Ciebie ofercie lub
 - miał uszkodzone lub niesprawne zabezpieczenie przeciwkradzieżowe, wskazane przez Ciebie we wniosku o zawarcie umowy lub określone w przyjętej przez Ciebie ofercie i nie wymieniał go na sprawne lub go nie naprawił w ciągu 14 dni,
- 217.2. jeśli Ty lub Ubezpieczony (jeśli ubezpieczenie zostało zawarte na cudzy rachunek) odmówicie nam przeprowadzenia oględzin ubezpieczonego pojazdu,
- 217.3. po zawarciu umowy ubezpieczenia wyjdą na jaw rozbieżności pomiędzy Twoimi oświadczeniami zawartymi we wniosku o zawarcie umowy a stanem faktycznym, niezależnie od tego czy mają one wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową,
- 217.4. jeśli Ty lub Ubezpieczony (jeśli ubezpieczenie zostało zawarte na cudzy rachunek) podejmiecie próbę celowego wyłudzenia od nas świadczenia ubezpieczeniowego,
- 217.5. gdy dowiemy się, że ubezpieczony pojazd nie jest własnością Ubezpieczonego – niezgodnie z Twoją deklaracją we wniosku o zawarcie umowy lub stanem opisanym w przyjętej przez Ciebie ofercie,
- 217.6. gdy dowiemy się, że zmieniłeś sposób użytkowania ubezpieczonego pojazdu na którykolwiek ze wskazanych w punktach 6.1 – 6.5.

218. O ile poinformowaliśmy Cię o obowiązku dostarczenia zdjęć ubezpieczonego pojazdu we wniosku o ubezpieczenie lub ofercie ważnym powodem do wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym przez nas umowy w zakresie Autocasco jest brak dostarczenia do nas w terminie do 7 dni od zawarcia umowy zdjęć ubezpieczonego pojazdu. Zdjęcia te powinny zostać wykonane przez naszego agenta lub za pomocą udostępnionej przez nas aplikacji i przedstawiać: VIN na statym elemencie

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

pojazdu, całą bryłę ubezpieczonego pojazdu po przekątnej, z prawej strony, całą bryłę ubezpieczonego pojazdu po przekątnej z tyłu, z lewej strony, wnętrze ubezpieczonego pojazdu z widocznym wyposażeniem pojazdu oraz jego ewentualne uszkodzenia.

Jak złożyć reklamację, skargę lub zażalenie

219. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:

- 219.1. na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
- 219.2. ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
- 219.3. elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.

220. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.

221. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określiliśmy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.

2.5 JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

222. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.

223. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

Jak inaczej można rozwiązać spór

224. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

225. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

226. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Obowiązujące przepisy prawa

227. Jeśli jakieś kwestie nie są uregulowane w umowie lub w tych o.w.u., zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego i inne przepisy prawa polskiego.

228. Stosujemy język polski w relacjach wynikających z tych o.w.u.

Właściwość sądów

229. Pozew, który dotyczy umowy lub z niej wynika, można wnieść do sądu:

- 229.1. właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego albo
- 229.2. właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy,
- 229.3. właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy.

Definicje

W tym rozdziale wyjaśnimy pojęcia, których używamy w przewodniku, a w szczególności w o.w.u.

2.6

[→ Spis treści](#)

A

Asystent Szkody

usługa elektronicznego śledzenia statusu szkody oferowana na podstawie udostępnionego przez Allianz, przed jej rozpoczęciem, regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną.

Autocasco

umowa ubezpieczenia pojazdu, której zakres zależy od wybranego przez Ciebie pakietu. Autocasco w zależności od wybranego pakietu może zawierać:

- ryzyka katastroficzne,
- pożar, implozję, eksplozję,
- kolizję ze zwierzęciem,
- kradzież,
- wandalizm,
- inne uszkodzenia pojazdu,
- stałą sumę ubezpieczenia.

Szczegółowe warunki tego ubezpieczenia opiszemy w rozdziale „Co zawierają pakiety” tych o.w.u.

Awaria (przy ubezpieczeniu Autocasco)

zdarzenie, w którym z przyczyn wewnętrznych:

- ubezpieczony pojazd, jego część lub element wyposażenia nie mogą być użytkowane zgodnie z przeznaczeniem,
- elementy potłuczone lub współpracujące z uszkodzonym elementem działają niewłaściwie lub są unieruchomione.

Awaria (przy ubezpieczeniu Assistance)

nieoczekiwana niesprawność ubezpieczonego pojazdu pochodzenia mechanicznego, elektrycznego lub elektronicznego, która powoduje jego unieruchomienie lub:

- rozładowanie akumulatora,
- niesprawność oświetlenia zewnętrznego pojazdu,
- niesprawność wycieraczek,
- niesprawność pasów bezpieczeństwa,
- niesprawność alarmu.

C

Części alternatywne

części zamienne, które:

- posiadają zaświadczenie producenta, że są porównywalnej jakości, co oryginalne komponenty dla danego pojazdu oraz
- posiadają stosowną homologację oraz
- są wymienione w systemach eksperckich oraz
- są dystrybuowane poza siecią producenta lub importera pojazdu.

Części oryginalne serwisowe

części zamienne, które są:

- tej samej jakości co komponenty stosowane do montażu ubezpieczonego pojazdu oraz
- rekomendowane przez producenta danej marki pojazdu oraz
- produkowane zgodnie z jego specyfikacją i standardami oraz
- dystrybuowane w punktach sprzedaży autoryzowanych przez producenta danej marki pojazdu.

K

Koszty leczenia (przy ubezpieczeniu NNW)

poniesione w Polsce koszty:

- wizyt lekarskich, honorariów lekarskich, badań, które zlecił lekarz prowadzący,
- leczenia ambulatoryjnego/szpitalnego,
- zabiegów ambulatoryjnych, rehabilitacji,
- operacji, z wyjątkiem operacji plastycznych,
- zakupów leków i innych medykamentów oraz środków opatrunkowych,
- zakupów wózka inwalidzkiego oraz sprzętu rehabilitacyjnego,
- transportu medycznego.

Kradzież

przestępstwo opisane w kodeksie karnym jako:

- zabór cudzej rzeczy ruchomej w celu przywłaszczenia – art. 278,
- zabór cudzej rzeczy z włamaniem – art. 279,
- zabór cudzej rzeczy przy użyciu przemocy lub groźby jej użycia albo doprowadzeniu człowieka do stanu nieprzytomności lub bezbronności w celu kradzieży mienia – art. 280.

2.6 DEFINICJE

L

Lekarz prowadzący (przy ubezpieczeniu NNW)

lekarz, który sprawuje opiekę nad Ubezpieczonym po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku.

Lekarz uprawniony (przy ubezpieczeniu NNW)

wskazany przez nas lekarz, którego upoważniamy do:

- wysyłania do placówek medycznych wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego,
- przeprowadzania ekspertyz lekarskich, w tym badania lekarskiego.

M

Miejsce strzeżone

garaż z automatyczną bramą zdalnie sterowaną lub zamknięty na co najmniej jeden zamek atestowany lub kłódkę atestowaną,

- teren trwale ogrodzony, który należy do zamieszkałej posesji. Brama musi być zdalnie sterowana lub zamknięta na co najmniej jeden zamek atestowany lub kłódkę atestowaną,
- miejsce, które jest pod statym, fizycznym dozorem osób zawodowo zajmujących się ochroną mienia – nie wystarczy monitoring.

N

Nieszczęśliwy wypadek (przy ubezpieczeniu NNW)

gwałtowne zdarzenie, które spełnia wszystkie poniższe kryteria:

- jest niezależne od woli Ubezpieczonego,
- powstało bezpośrednio i wyłącznie z przyczyn zewnętrznych i losowych,
- powstało w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
- było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia, które obejmujemy naszą odpowiedzialnością,
- jego skutki pozostają w bezpośrednim związku przyczynowym z przyczyną zewnętrzną, w następstwie której Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

NNW

ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków.

O

OC komunikacyjne

obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, uregulowane w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Oferta

złożona Tobie przez Allianz oferta zawarcia umowy ubezpieczenia. Oferta jest składana na podstawie informacji wcześniej otrzymanych od Ciebie.

Okres eksploatacji ubezpieczonego pojazdu

okres liczony od daty pierwszej rejestracji ubezpieczonego pojazdu do dnia zawarcia tej umowy lub wystąpienia szkody.

Ponadto:

- jeśli nie znasz daty pierwszej rejestracji lub pierwsza rejestracja ubezpieczonego pojazdu nastąpiła po roku jego produkcji, to okres eksploatacji liczony jest od dnia 31 grudnia roku produkcji pojazdu,
- jeśli ubezpieczony pojazd został sprowadzony z zagranicy, to za początek okresu eksploatacji uznajemy datę pierwszej rejestracji pojazdu za granicą,
- dla ustalenia wysokości odszkodowania okres eksploatacji liczymy do dnia wystąpienia szkody.

Osoba trzecia

osoba pozostająca poza stosunkiem ubezpieczenia, który wynika z zawartej z nami umowy.

P

Pełnomocnik

(przy ubezpieczeniu Ochrona prawna)

adwokat lub radca prawny uprawniony do wykonywania zawodu.

2.6 DEFINICJE

Pojazd

środek transportu lądowego, który może poruszać się po drogach publicznych, zarejestrowany w Polsce na podstawie przepisów prawa o ruchu drogowym.

Pojazd fabrycznie nowy

ubezpieczony pojazd, który spełnia wszystkie poniższe warunki:

- jego przebieg w chwili zawarcia umowy nie przekroczył 5000 km,
- jego właścicielem w chwili zawarcia umowy jest jego pierwszy nabywca,
- do chwili zawarcia umowy nie był on uszkodzony.

Pojazd zastępczy

(przy ubezpieczeniu Assistance)

pojazd udostępniony Ubezpieczonemu, gdy ubezpieczony pojazd zostanie unieruchomiony w wyniku zdarzenia, które jest objęte ochroną. Opłacimy koszty najmu zgodnie z zakresem ochrony ubezpieczeniowej i limitami określonymi w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Warunki udostępnienia pojazdu zastępczego określa dostawca usługi wynajmu pojazdu.

Polska

Rzeczpospolita Polska.

Przedstawiciel Allianz

(przy ubezpieczeniu Ochrona prawna)

osoba, którą wyznaczaliśmy, aby w naszym imieniu realizowała obowiązki z umowy wobec Ubezpieczonego i innych uprawnionych osób.

Przywłaszczenie

przestępstwo opisane w art. 284 kodeksu karnego jako przywłaszczenie sobie cudzej lub powierzonej rzeczy ruchomej.

R

Rozbój

przestępstwo opisane w art. 280 kodeksu karnego jako kradzież z użyciem przemocy wobec innej osoby lub groźby natychmiastowego jej użycia albo kradzieży wskutek doprowadzenia kierowcy lub pasażera ubezpieczonego pojazdu do nieprzytomności lub bezbronności.

Ruch pojazdu (przy ubezpieczeniu NNW)

sytuacja, gdy ubezpieczony pojazd porusza się na skutek pracy silnika lub siłą bezwładności.

S

Siła wyższa

nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od nas, Ciebie lub Ubezpieczonego, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków.

Stan pod wpływem alkoholu

stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia 0,2 promila alkoholu lub więcej, lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi lub prowadzi do stężenia 0,1 mg lub więcej.

Stan pod wpływem środków narkotycznych

stan po użyciu środków odurzających lub po użyciu substancji psychotropowych lub po użyciu środków zastępczych lub po użyciu nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Systemy eksperckie

systemy informatyczne: Audatex, Eurotax, Info-Ekspert, DAT. Wykorzystujemy je, aby kalkulować koszty naprawy i wyceniać wartość pojazdów, również pojazdów uszkodzonych. Nazwę systemu eksperckiego, na podstawie którego ustaliliśmy wartość ubezpieczonego pojazdu w dniu zawarcia umowy, znajdziesz we wniosku o zawarcie umowy lub w w przyjętej przez Ciebie ofercie i na polisie.

2.6 DEFINICJE

Szkoda całkowita (przy ubezpieczeniu Autocasco)

szkoda, której koszty naprawy przekraczają 70% wartości rynkowej z chwili zaistnienia szkody ustalonej dla nieuszkodzonego ubezpieczonego pojazdu wraz z jego wyposażeniem.

- Koszty te liczymy w systemach eksperckich według tych samych zasad, którymi postępujemy się przy ustalaniu wysokości odszkodowania w przypadku szkody częściowej dla wariantu wybranego przez Ciebie przy zawarciu umowy (wtedy przyjmujemy maksymalne stawki robocizny i ceny części zamiennych, które są dostępne dla tego wariantu).
- Jeżeli szkoda zostanie zakwalifikowana jako całkowita, to jej kwalifikacja nie ulega zmianie w przypadku zmiany miejsca naprawy ubezpieczonego pojazdu.
- W uzgodnieniu z Ubezpieczonym szkoda częściowa może zostać rozliczona na zasadach likwidacji szkody całkowitej.

Szkoda częściowa (przy ubezpieczeniu Autocasco)

szkoda, która nie jest szkodą całkowitą lub kradzieżą.

Szkoda powstała z przyczyn eksploatacyjnych

szkoda, która powstała:

- w wyniku zużycia ubezpieczonego pojazdu lub jego części w związku z jego użytkowaniem zgodnie z przeznaczeniem,
- z powodu zawilgocenia ubezpieczonego pojazdu lub jego części,
- wskutek korozji.

T

Trwały uszczerbek na zdrowiu (przy ubezpieczeniu NNW)

nierokujące poprawy trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które są następstwem nieszczęśliwego wypadku i powodują upośledzenie czynności organizmu.

U

Ubezpieczający, Ty

osoba, która zawarła z nami umowę i zobowiązała się do opłacania składek.

Ubezpieczony

osoba, której dobra chronimy na podstawie umowy. Są to:

- w Ochronie prawnej: właściciel (w tym współwłaściciel) ubezpieczonego pojazdu, na rzecz którego zawarłeś umowę, a także kierowca (w przypadku, o którym mowa w punkcie 22.1. oraz 22.4.) i każdy z pasażerów (w przypadku, o którym mowa w punkcie 22.1.) znajdujący się w ubezpieczonym pojeździe w momencie zaistnienia zdarzenia objętego udzielaną przez nas ochroną,
- w NNW: kierowca lub każdy z pasażerów ubezpieczonego pojazdu,
- w Assistance: kierowca lub każdy z pasażerów znajdujący się w ubezpieczonym pojeździe w momencie zaistnienia zdarzenia objętego udzielaną przez nas ochroną,
- w Autocasco oraz w Ubezpieczeniu szyb: właściciel ubezpieczonego pojazdu, to jest Ty lub osoba, na której rachunek zawarłeś umowę.

Ubezpieczony pojazd

pojazd, wskazany we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i w polisie.

Unieruchomienie

(przy ubezpieczeniu Assistance)

stan ubezpieczonego pojazdu, uniemożliwiający jego dalsze, bezpieczne i zgodne z obowiązującymi przepisami ruchu drogowego użytkowanie na drogach publicznych.

2.6 DEFINICJE

Uposażony (przy ubezpieczeniu NNW)

osoba lub osoby wskazane przez Ubezpieczonego, które w razie jego śmierci otrzymają od nas świadczenie. Ubezpieczony może wskazać uposażonego lub uposażonych zarówno przy zawarciu umowy, jak również w każdym czasie jej trwania. Ubezpieczony w czasie trwania umowy może zmienić uposażonego lub uposażonych. Wskazanie uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał uposażonych lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak lub też utracili oni prawo do świadczenia świadczenie przysługuje najbliższej rodzinie Ubezpieczonego według następującej kolejności:

- współmatrzonkowi,
- w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmatrzonka,
- w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeżeli brak dzieci i współmatrzonka,
- w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeżeli brak rodziców, dzieci i współmatrzonka,
- w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

Użytkownik pojazdu

osoba, która posiada dokumenty ubezpieczonego pojazdu oraz klucz/kartę/sterownik lub pilot do jego otwarcia lub uruchomienia i otrzymała je za zgodą i wiedzą właściciela ubezpieczonego pojazdu lub innej osoby, która ma prawo nim rozporządzać. Użytkownikiem pojazdu jest przede wszystkim:

- korzystający z ubezpieczonego pojazdu na podstawie umowy leasingu, pożyczkobiorca albo kredytobiorca, któremu bank oddał przeznaczony pojazd do używania,
- inna osoba, która faktycznie włada ubezpieczonym pojazdem za zgodą właściciela, zwłaszcza na podstawie umowy użyczenia, przechowania, komisu lub w ramach stosunku pracy,
- osoba, która faktycznie włada ubezpieczonym pojazdem za zgodą osoby, o której mowa w dwóch poprzednich punktach.

W

Wandalizm

umyślne zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego pojazdu lub jego części przez osoby trzecie.

Warsztat ASO

autoryzowana przez producenta stacja obsługi danej marki pojazdu.

Warsztat naprawczy (przy ubezpieczeniu Assistance)

warsztat zlokalizowany najbliżej miejsca zdarzenia objętego ochroną i rekomendowany przez nas. Można wybrać inny warsztat, jeśli odległość pomiędzy miejscem zdarzenia ubezpieczeniowego a warsztatem wybranym przez Ciebie, jest mniejsza niż odległość między miejscem zdarzenia ubezpieczeniowego a warsztatem naprawczym rekomendowanym przez nas.

Warsztat współpracujący (przy ubezpieczeniu Autocasco)

warsztat, który współpracuje z nami w zakresie napraw pojazdów. Warsztaty współpracujące to:

- warsztaty ASO współpracujące z nami,
- warsztaty partnerskie – warsztaty, które świadczą m.in. usługę pojazdu zastępczego.

Listę tych warsztatów udostępniamy na stronie www.allianz.pl oraz w naszych placówkach.

Wartość pozostałości po szkodzie całkowitej

wartość uszkodzonego ubezpieczonego pojazdu, którą wyliczamy w systemie eksperckim. Możemy ją wskazać Ubezpieczonemu na podstawie oferty zakupu pozostałości uzyskanej podczas aukcji.

2.6 DEFINICJE

Wartość rynkowa pojazdu

wartość ubezpieczonego pojazdu ustalamy na podstawie notowań rynkowych pojazdu danej marki, typu i roku produkcji w systemie eksperckim. Uwzględniamy w niej korekty, zwłaszcza związane z: wyposażeniem pojazdu (standardowym i dodatkowym, które wskazałeś we wniosku o zawarcie umowy), przebiegiem, stanem technicznym, okresem eksploatacji pojazdu, wcześniejszymi naprawami, liczbą właścicieli, sposobem jego poprzedniego użytkowania. Wartość rynkowa pojazdu:

- brutto – zawiera podatek VAT,
- netto – nie zawiera podatku VAT,
- netto + 50% VAT – zawiera 50% podatku VAT.

Wiek pojazdu

różnica lat między rokiem zawarcia umowy a rokiem produkcji ubezpieczonego pojazdu.

Wsiadanie do pojazdu (przy ubezpieczeniu NNW)

czynności, jakie muszą wykonać kierowca lub pasażerowie od momentu otwarcia drzwi z zewnątrz ubezpieczonego pojazdu do momentu znalezienia się wewnątrz niego. W przypadku pojazdów nieposiadających drzwi to czynności, jakie muszą wykonać kierowca lub pasażerowie, aby wsiąść na ubezpieczony pojazd.

Wynagrodzenie pełnomocnika (przy ubezpieczeniu Ochrona prawna)

wynagrodzenie pełnomocnika ustalamy w wysokości stawek rynkowych za tego rodzaju usługi w miejscowości, w której toczy się spór, odpowiednio do nakładu pracy pełnomocnika. Kwota ta może wynieść maksymalnie:

- trzykrotność stawki minimalnej wyznaczonej na podstawie obowiązujących przepisów prawa w sprawie opłat za czynności radców prawnych lub adwokatów – dla zdarzeń o wartości sporu równej lub wyższej niż 1500 zł,
- dziesięciokrotność stawki minimalnej wyznaczonej na podstawie obowiązujących przepisów prawa w sprawie opłat za czynności radców prawnych lub adwokatów – dla pozostałych zdarzeń.

Wyposażenie pojazdu

sprzęt i urządzenia, które są własnością Ubezpieczonego i służą:

- do utrzymania lub używania ubezpieczonego pojazdu zgodnie z jego przeznaczeniem,
- bezpieczeństwu jazdy,
- zabezpieczeniu ubezpieczonego pojazdu przed kradzieżą.

Wyposażenie ubezpieczonego pojazdu musi być zamontowane na stałe: nie można go zdekontować bez użycia narzędzi mechanicznych – z wyjątkiem przypadków, które wskazujemy w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Za wyposażenie pojazdu uznajemy:

- wyposażenie standardowe, które producent pojazdu montuje standardowo w warunkach montażu fabrycznego lub generalny importer pojazdu do Polski montuje w pojazdach danej marki, modelu i wersji,
- w przypadku pojazdów elektrycznych wyposażenie standardowe to też wallbox (urządzenie przeznaczone do ładowania pojazdów elektrycznych), kabel do ładowania pojazdów elektrycznych które chronimy w zakresie przypadkowego uszkodzenia wpływającego na prawidłową funkcjonalność urządzenia, kradzieży i wandalizmu oraz w wyniku działania zwierząt (za wyjątkiem kolizji ze zwierzęciem),
- wyposażenie dodatkowe, które producent pojazdu montuje dodatkowo w warunkach montażu fabrycznego lub generalny importer pojazdu do Polski montuje w pojazdach danej marki, modelu i wersji.

Wyposażenie dodatkowe to też:

- niewymagające trwałego montażu: nawigacja (niewbudowana), CB radio, radio CD/DVD, sprzęt audio, bagażnik dachowy, fotelek dziecięcy, wideorejestrator trasy, felgi, boks dachowy, uchwyty rowerowe/na narty oraz gaśnica, apteczka, trójkąt ostrzegawczy,
- instalacja gazowa niemontowana fabrycznie,
- wyposażenie, które nie było montowane w warunkach montażu fabrycznego, zamontowane w ubezpieczonym pojeździe lub wykorzystywane przy prowadzonej działalności gospodarczej. Wyposażenie to powinno być potwierdzone dokumentem montażu lub zakupu.

2.6 DEFINICJE

Wypożyczenie dodatkowe obejmuje ochronę, jeśli wskazano je we wniosku o zawarcie umowy lub w przyjętej przez Ciebie ofercie i potwierdzono w polisie.

Wypadek (przy ubezpieczeniu Assistance)

zdarzenie, którego skutkiem jest uszkodzenie lub zniszczenie ubezpieczonego pojazdu spowodowane przez:

- kolizję ubezpieczonego pojazdu z innym pojazdem, uczestnikiem ruchu drogowego, przedmiotem lub zwierzęciem znajdującym się na zewnątrz ubezpieczonego pojazdu,
- pożar, implozję, eksplozję,
- huragan, grad, uderzenie pioruna, powódź, osunięcie się ziemi lub zapadnięcie ziemi, lawiny lub działanie innych sił przyrody,
- działanie czynnika termicznego i chemicznego pochodzącego spoza ubezpieczonego pojazdu,
- utratę możliwości poruszania się ubezpieczonego pojazdu wynikającą z najechania na przedmiot w taki sposób, że koła ubezpieczonego pojazdu nie mają wystarczającej styczności z nawierzchnią,
- opuszczenie drogi w wyniku utraty panowania nad ubezpieczonym pojazdem.

Wysiadanie z pojazdu (przy ubezpieczeniu NNW)

czynności, jakie muszą wykonać kierowca lub pasażerowie ubezpieczonego pojazdu od momentu otwarcia drzwi wewnątrz ubezpieczonego pojazdu do momentu znalezienia się na jego zewnątrz. W przypadku pojazdów nieposiadających drzwi to czynności, jakie muszą wykonać kierowca lub pasażerowie, aby zsiść z ubezpieczonego pojazdu.

Z

Zabezpieczenia przeciwkradzieżowe

samodzielny, niezależny, mechaniczny lub elektroniczny system zabezpieczający ubezpieczony pojazd przed kradzieżą. Za zabezpieczenie przeciwkradzieżowe uznajemy też:

- czynny i aktywny system lokalizacji i odnajdywania pojazdu, zwłaszcza GPS, który jest sprawny i trwale zamontowany w procesie produkcji pojazdu,
- urządzenie homologowane zamontowane zgodnie z przepisami obowiązującymi w kraju produkcji danego urządzenia przez podmiot posiadający autoryzację (licencję) producenta danego urządzenia do jego montażu.

2.6 DEFINICJE

W tych o.w.u. posługujemy się skróconymi nazwami następujących ustaw:

- ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny – używamy skrótu: kodeks cywilny,
- ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. kodeks postępowania cywilnego – używamy skrótu: kodeks postępowania cywilnego,
- ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny – używamy skrótu: kodeks karny,
- ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. prawo o ruchu drogowym – używamy skrótu: prawo o ruchu drogowym,
- ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniowym funduszu gwarancyjnym i polskim biurze ubezpieczycieli komunikacyjnych – używamy skrótu: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych,
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – używamy skrótu: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – używamy skrótu: ustawa o działalności leczniczej,
- ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych – używamy skrótu: ustawa o przewozie towarów niebezpiecznych,
- ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – używamy skrótu: ustawa o prawach konsumenta,
- ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. prawo pocztowe – używamy skrótu: ustawa prawo pocztowe,
- ustawa z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – używamy skrótu: ustawa o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich.

Tabela trwałego uszczerbku na zdrowiu

Gdy Ubezpieczony dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, ocenimy stopień uszkodzenia jego ciała w oparciu o tabelę obok. Procent uszczerbku to procent sumy ubezpieczenia, jaki wypłacimy jako świadczenie z tytułu NNW – zarówno w wariancie podstawowym, jak i rozszerzonym.

Trwały uszczerbek na zdrowiu	Procent uszczerbku
I. Oparzenia:	
1. oparzenia I stopnia ponad 60% powierzchni ciała	5
2. oparzenia dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10
3. oparzenia twarzy powyżej I stopnia oparzenia	5
4. oparzenia dłoni powyżej I stopnia oparzenia	2
5. oparzenia krocza – niezależnie od wielkości oparzeń	3
6. inne oparzenia poniżej 5% powierzchni ciała (poza twarzą, dłońmi i kroczem), powyżej I stopnia oparzenia	2
7. inne oparzenia 5-14 % powierzchni ciała (poza twarzą, dłońmi i kroczem), powyżej I stopnia oparzenia	6
8. inne oparzenia 15-30 % powierzchni ciała (poza twarzą, dłońmi i kroczem), powyżej I stopnia oparzenia	10
9. inne oparzenia powyżej 30 % powierzchni ciała (poza twarzą, dłońmi i kroczem), powyżej I stopnia oparzenia	15
II. Uszkodzenia głowy:	
10. porażenie połowicze utrwalone	100
11. niedowład połowiczy utrwalony	30
12. afazja częściowa (zaburzenia mowy)	10
13. całkowita utrata mowy (afazja całkowita)	60
14. złamanie kości czaszki (oczodołu, szczęki, żuchwy, kości jarzmowej) – za każdą kość. Maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu złamania 15%	5
15. utrata częściowa szczęki lub żuchwy	15
16. utrata całkowita szczęki lub żuchwy	40
17. złamanie kości sklepienia i podstawy czaszki (za każdą kość). Maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu złamania 10%	5

2.6 DEFINICJE

18. wstrząśnienie mózgu z pobytem w szpitalu	3
19. krwiak śródczaszkowy	15
20. utrata części nosa, złamanie kości nosa lub przegrody nosa	5
21. utrata nosa w całości (z kośćmi nosa)	25
22. utrata korony zęba, co najmniej 50% korony (za każdy ząb)	1
23. częściowa utrata języka – bez zaburzeń mowy i połykania	2
24. częściowa utrata języka z zaburzeniami mowy i połykania	15
25. utrata języka w całości	40
26. uszkodzenia krtani, tchawicy, przełyku, gardła	10
27. rana skóry głowy. Maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry głowy 2%	2
28. liczne rany skóry głowy (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości. Maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry głowy 5%	5
29. utrata skóry owłosionej (oskaldowanie) – jeśli ponad 75% powierzchni	25
30. rana powłok twarzy (z wyjątkiem oparzeń). Maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran powłok twarzy 4%	4
31. liczne rany powłok twarzy (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości (z wyjątkiem oparzeń). Maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran powłok twarzy 12%	12
32. ubytek kości sklepienia czaszki – poniżej 10 cm ²	5
33. ubytek kości sklepienia czaszki – od 10 do 40 cm ²	10
34. ubytek kości sklepienia czaszki – powyżej 40 cm ²	20
III. Uszkodzenia narządu wzroku, słuchu:	
35. utrata wzroku w jednym oku	30
36. utrata wzroku w obu oczach	100
37. uszkodzenie gałki ocznej z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w jednym oku	7
38. uszkodzenie obu gałek ocznych z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w obu oczach; utrata soczewki w jednym oku (bezsoczewkowość pourazowa)	20
39. odwarstwienie siatkówki jednego oka bez obniżenia ostrości wzroku; jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy; uszkodzenie przewodów łzowych w jednym oku	3
40. odwarstwienie siatkówki jednego oka z obniżeniem ostrości wzroku w jednym oku; uszkodzenie przewodów łzowych w obu oczach	10
41. odwarstwienie siatkówki jednego oka z całkowitą utratą wzroku; wytrzeszcz tętniący pourazowy; utrata soczewek obu oczu	35
42. ubytki pola widzenia w jednym oku	7
43. ubytki pola widzenia w obu oczach	20
44. niedowidzenie połowiczne dwunosowe, jednoimienne	20

2.6 DEFINICJE

45. niedowidzenie potowicze dwuskroniowe	50
46. częściowa utrata słuchu w jednym uchu	5
47. całkowita utrata słuchu w jednym uchu	20
48. częściowa utrata słuchu obustronna	10
49. całkowita utrata słuchu obustronna	50
50. utrata części małżowiny	7
51. utrata jednej małżowiny w całości	15
52. utrata obu małżowin w całości	25
53. uszkodzenia ucha wewnętrznego z upośledzeniem słuchu, zaburzeniami równowagi bez pęknięcia kości skalistej lub z pęknięciem	20
IV. Uszkodzenia klatki piersiowej:	
54. utrata płuca w całości	30
55. utrata części płuca	15
56. uszkodzenie płuc i opłucnej – stłuczenie, bez niewydolności oddechowej	1
57. uszkodzenie płuc i opłucnej z trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrią i badaniem gazometrycznym	20
58. krwiak/ odma opłucnej	5
59. uszkodzenie serca wymagające nakłucia (odbarczenia osierdzia)	10
60. uszkodzenie serca wymagające torakotomii (otwarcia klatki piersiowej)	30
61. częściowa lub całkowita utrata piersi	15
62. złamania żeber (za każde żebro)	1
63. złamanie mostka	3
V. Uszkodzenia jamy brzusznej i narządów moczowo-płciowych:	
64. pęknięcie śledziony	3
65. utrata śledziony	15
66. uszkodzenia przepony, żołądka, jelit – zszycie, drenaż lub uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki (krwiak, pęknięcie narządu), z wyjątkiem stłuczeń, uszkodzenie dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy	10
67. uszkodzenie żołądka (resekcja) lub uszkodzenie jelita – resekcja, ileostomia, kolostomia, jejunostomia	15
68. uszkodzenia powłok jamy brzusznej (rany skóry) lub uszkodzenie mięśni	3
69. uszkodzenie zwieracza odbytu leczone operacyjnie	10
70. utrata całkowita wątroby lub trzustki	100
71. uszkodzenia jednej nerki lub obu nerek (krwiak, pęknięcie narządu)	3

2.6 DEFINICJE

72. utrata jednej nerki	30
73. utrata obu nerek	100
74. częściowa amputacja prącia lub uszkodzenia pęcherza, cewki moczowej, moczowodu, jajnika, jądra, prącia, sromu, pochwy	10
75. całkowita amputacja prącia	40
76. utrata jednego jądra lub jajnika	20
77. utrata obu jąder lub jajników	40
78. utrata macicy i pochwy	30
79. całkowita utrata pęcherza	50
VI. Uszkodzenia kręgosłupa /uszkodzenia rdzenia/porażenia i niedowłady:	
80. porażenie połowicze, porażenie całkowite czterech kończyn lub obu kończyn górnych lub dolnych	100
81. trwałe porażenie kończyny górnej*	50
82. niedowład kończyny górnej	15
83. niedowład obu kończyn górnych utrwalony	60
84. niedowład obu kończyn dolnych (z możliwością poruszania się)	40
85. porażenie kończyny dolnej	50
86. niedowład kończyny dolnej	10
87. skręcenie lub zwchnięcie kręgosłupa	2
88. złamania kręgów lub wyrostków kręgów (za każdy). Sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa nie może przekroczyć 30%	6
89. zwchnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
90. złamania miednicy w odcinku przednim i tylnym (typu Malgaigne'a)	15
91. złamanie kości łonowej lub kulszowej (za każdą)	5
92. złamanie kości krzyżowej, ogonowej, kolca biodrowego, talerza kości biodrowej	3
93. urazowe zespoły korzeniowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane)	5
94. wstrząśnienie rdzenia z pobytem w szpitalu	2
95. krwiak rdzenia	15
VII. Zespoły neurologiczne	
96. zespół stożka końcowego bez niedowładów	20
97. zespół mózdkowy utrudniający chód i sprawność ruchową	40
98. zespół mózdkowy uniemożliwiający samodzielne funkcjonowanie, wymagający opieki osób trzecich	80

2.6 DEFINICJE

99. utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	90

100. utrwalony zespół pozapiramidowy niewymagający opieki osób trzecich	30

VIII. Trwałe porażenia lub niedowłady nerwów obwodowych

101. porażenie całkowite nerwu: przeponowego, piersiowego długiego, mięśniowo-skórnego, pośrodkowego, pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego, zastonowego, pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego (za każdy nerw)	15

102. niedowład nerwu: przeponowego, piersiowego długiego, pachowego, mięśniowo-skórnego, promieniowego, pośrodkowego, łokciowego, części górnej splotu barkowego, pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego, zastonowego, udowego, pośladkowego, sromowego wspólnego, piszczelowego, strzałkowego, pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego (za każdy nerw)	5

103. porażenie całkowite nerwu: pachowego, promieniowego, łokciowego, udowego, pośladkowego, sromowego wspólnego, piszczelowego, strzałkowego, części górnej splotu barkowego (za każdy nerw)	25

104. porażenie całkowite nerwu: części dolnej splotu barkowego, kulszowego, splotu lędźwiowo-krzyżowego (za każdy nerw)	50

105. niedowład nerwu: części dolnej splotu barkowego, kulszowego, splotu lędźwiowo-krzyżowego (za każdy nerw)	15

IX. Trwałe porażenia lub niedowłady nerwów czaszkowych po urazach głowy

106. porażenie całkowite nerwu twarzowego, okoruchowego III, błotkowego IV, nerwu trójdzielnego V, językowo-gardłowego, błędnego, dodatkowego, podjęzykowego. Maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu porażań nie może przekroczyć 36%	12

107. niedowład nerwu twarzowego, nerwu okoruchowego III, błotkowego IV, nerwu trójdzielnego V, językowo-gardłowego, błędnego, dodatkowego, podjęzykowego. Maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu niedowładów nie może przekroczyć 12%	4

X. Uszkodzenia kończyn górnych:

108. amputacja kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym*	70

109. amputacja kończyny na poziomie ramienia*	65

110. amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90

111. amputacja kończyny w stawie łokciowym lub w obrębie przedramienia*	60

112. amputacja dłoni na poziomie nadgarstka lub pięciu palców jednej ręki – wszystkich paliczków*	55

113. amputacja kciuka – (za każdy paliczek)*	8

114. amputacja obu paliczków kciuka z kością śródręcza	22

115. amputacja palca wskazującego (za każdy paliczek)*	5

116. amputacja palca wskazującego z kością śródręcza	17

117. amputacja innego palca (niż kciuk i palec wskazujący) za każdy paliczek*	2

118. amputacja innego palca (niż kciuk i palec wskazujący) z kością śródręcza	7

2.6 DEFINICJE

119. amputacja opuszki palca	1
120. całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny górnej *	50
121. skręcenie lub zwichnięcie w stawie obojczykowo-barkowym, obojczykowo-mostkowym, łopatkowo-ramiennym, łokciowym, nadgarstka	4
122. złamanie łopatki lub obojczyka, trzonu, głowy lub nasad bliższej lub dalszej kości ramiennej, wyrostka łokciowego, kości promieniowej, trzonu lub kości przedramienia, kości nadgarstka, śródręcza	7
123. złamanie kciuka lub innego palca	4
124. skręcenie lub zwichnięcie kciuka lub innego palca	2
XI. Uszkodzenia kończyn dolnych:	
125. amputacja kończyny dolnej przez wytuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	75
126. amputacja obu kończyn dolnych przez wytuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	90
127. całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny dolnej	40
128. amputacja kończyny na poziomie uda	60
129. amputacja kończyny na poziomie kolana	50
130. amputacja kończyny w obrębie podudzia	45
131. amputacja stopy w obrębie śródstopia, w stawie Lisfranca lub Choparta	35
132. amputacja stopy w całości	45
133. amputacja obu stóp	70
134. amputacja całego palucha – obu paliczków	10
135. amputacja w obrębie paliczka paznokciowego palucha lub amputacja całego innego palca (niż paluch)	2
136. skręcenie stawu biodrowego	3
137. zwichnięcie stawu biodrowego	10
138. złamanie w zakresie panewki stawu biodrowego, krętarza, bliższej nasady lub szyjki kości udowej, urazowe złuszczenie głowy kości udowej	15
139. uszkodzenia więzadła stawu kolanowego (za każde więzadło) lub uszkodzenie łąkotki (za każdą łąkotkę)	4
140. złamanie kości strzałkowej, kostki bocznej, przyśrodkowej, śródstopia (za każdą kość), złamanie lub zwichnięcie palucha lub innego palca,	2
141. złamanie rzepki lub kości piszczelowej lub uszkodzenie ścięgna Achillesa	7
142. złamanie trójkostne, kości skokowej lub piętowej	8
143. skręcenie lub zwichnięcie stawu skokowego	3

2.6 DEFINICJE

XII. Inne uszkodzenia	
144. rana małżowiny usznej, skóry szyi, klatki piersiowej, powłok narządów moczowo-płciowych, kończyn górnych, kończyn dolnych, pośladków (z wyjątkiem oparzeń). Maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran poszczególnych części ciała liczonych oddzielnie nie może przekroczyć 2%	2
145. liczne rany (co najmniej 3) lub rana powyżej 10 cm długości: skóry szyi, klatki piersiowej, powłok narządów moczowo-płciowych, kończyn górnych, kończyn dolnych, pośladków. Maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran poszczególnych części ciała liczonych oddzielnie nie może przekroczyć 4 %	4
146. uszkodzenie tkanek miękkich: szyi, klatki piersiowej, grzbietu, pośladków; uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgien: kończyn górnych, kończyn dolnych – leczone operacyjnie	4
147. Brak urazu ciała w tabeli (Tabela nie przewiduje takiego urazu ciała)	0

* Powyższa ocena dotyczy dominującej kończyny górnej – w przypadku uszkodzenia w drugiej kończynie uszczerbek ulega pomniejszeniu każdorazowo o 5 pproc.

Przewodnik po ubezpieczeniu Mój Samochód został zatwierdzony uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 21/2024.

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000028261, NIP: 525-15-65-015, REGON: 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 457 110 000 złotych (wpłacony w całości).

Przydatne wskazówki

Tu znajdziesz wskazówki, jak dbać o bezpieczeństwo swoje i innych, gdy korzystasz z pojazdu.

[→ Spis treści](#)

Poniższe wskazówki nie stanowią treści o.w.u. – pełnią one jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia. Obowiązki związane z umową wynikają z treści o.w.u. (a więc rozdziałów 1 i 2).

Jak zabezpieczyć samochód w przypadku wystąpienia anomalii pogodowych?



Śledź ostrzeżenia i zalecenia lokalnych władz – jeśli zajdzie konieczność ewakuacji lub przemieszczenia pojazdu, postępuj zgodnie z zaleceniami.



Upewnij się, że wszystkie okna i drzwi są zamknięte – w przypadku wystąpienia burzy z silnym wiatrem lub gradu, ważne jest, aby wszystkie okna i drzwi samochodu były dokładnie zamknięte, aby uniknąć zalania wnętrza lub uszkodzeń, które mogą powstać w wyniku gradobicia.



Zabezpiecz samochód przed gradem – jeśli to możliwe, postaraj się znaleźć zadaszone miejsce parkingowe, takie jak garaż lub zadaszony parking, aby uniknąć uszkodzeń spowodowanych

przez grad. Jeśli nie ma takiej możliwości, możesz użyć specjalnego pokrowca ochronnego, które mogą pomóc w minimalizacji szkód.



Unikaj parkowania pod drzewami w czasie burz i silnych wiatrów – mogą powodować upadanie gałęzi z drzew, co może uszkodzić samochód.



Regularnie dbaj o pojazd – regularna konserwacja samochodu (w tym sprawdzanie stanu opon, działania układu hamulcowego i innych istotnych podzespołów) może pomóc w zapobieganiu uszkodzeniom spowodowanym przez ekstremalne warunki pogodowe.

Jak jeździć bezpiecznie



Nie korzystaj z telefonu w trakcie prowadzenia pojazdu. Pisanie smsów czy np. ustawianie nawigacji podczas jazdy odwraca uwagę od sytuacji na drodze. A to podnosi ryzyko spowodowania wypadku lub kolizji.



Przestrzegaj ograniczeń prędkości i zachowuj bezpieczny odstęp pomiędzy pojazdami. Zawsze zwracaj uwagę na znaki drogowe.



Zapinaj pasy bezpieczeństwa i wymagaj tego od swoich pasażerów.



Podczas długich podróży zatrzymuj się na krótką przerwę co dwie godziny.



Przygotuj samochód na trudne warunki pogodowe – opady deszczu lub śniegu oraz oblodzoną nawierzchnię.

Jak konserwować i użytkować pojazd



Dbaj o stan techniczny pojazdu – nie zapominaj o wymaganych przeglądach technicznych, regularnie sprawdzaj ciśnienie w oponach i poziom oleju w pojeździe.



Dbaj o sprawność wycieraczek i regularnie wymieniaj w nich pióra.



Upewnij się, że światła pojazdu są sprawne i czyste.

Jak przeciwdziałać kradzieży



Nie pozostawiaj pojazdu bez nadzoru, zwłaszcza w podejrzanych lub niezamieszkałych miejscach.



Zawsze wydaj z pojazdu kluczyki, nawet jeśli jest on zaparkowany na terenie prywatnym. Pamiętaj o zamknięciu wszystkich okien.



Nigdy nie zostawiaj dowodu rejestracyjnego w pojeździe.



Rozważ użycie dodatkowych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, jak np. blokada skrzyni biegów.



Zawsze, gdy opuszczasz samochód, uruchamiaj zabezpieczenia przeciwkradzieżowe.

Jak dbać o bezpieczeństwo w podróży



Gdy wyruszasz w dłuższą podróż, zabierz gumę do żucia. Żucie gumy dotlenia mózg i sprzyja podniesieniu koncentracji.



Unikaj parkowania pod drzewami albo w miejscach o wysokim ryzyku osunięcia się kamieni, lodu lub śniegu.



Sfotografuj najważniejsze dokumenty, takie jak: dowód rejestracyjny pojazdu, odcinek polisy OC oraz swój dokument tożsamości. Przechowuj zdjęcia, np. w swojej chmurze. Możesz je też wysłać mailem na swój adres.

Najczęściej zadawane pytania

Poznaj odpowiedzi na niektóre z najczęściej zadawanych pytań odnośnie kupna lub sprzedaży pojazdu, rozwiązania umowy, zwrotów składek i zakresu ubezpieczeń (innych niż OC komunikacyjne).

W razie pytań zadzwoń
pod numer → 224 224 224
lub wejdź na stronę → www.allianz.pl

Ten rozdział nie jest częścią o.w.u. Pamiętaj również, że odpowiedzi w zakresie, w jakim dotyczą OC komunikacyjnego, powinny być czytane z uwzględnieniem treści ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Jak zarejestrować sprzedaż auta? Jakie dane są wymagane?

Prawa i obowiązki z umowy OC komunikacyjnego są przenoszone na nowego właściciela wraz z prawem własności pojazdu. Dlatego pamiętaj o przekazaniu polisy OC nowemu właścicielowi ubezpieczonego pojazdu. Zawiadom nas o sprzedaży ubezpieczonego pojazdu w ciągu 14 dni od transakcji. W tym celu prześlij nam na piśmie następujące dane:

- imię, nazwisko, adres zamieszkania i numer PESEL nabywcy pojazdu, o ile został nadany lub jego nazwę, siedzibę i numer REGON.

Dokumenty możesz przekazać nam na trzy sposoby:

- poprzez formularz na stronie www.allianz.pl,
- przez agenta lub w naszej dowolnej placówce – wykaz placówek znajdziesz na naszej stronie www.allianz.pl,
- pocztą tradycyjną na adres: TUIR Allianz Polska S.A. ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa z dopiskiem: Departament Obsługi Klienta.

Kupiłem pojazd ubezpieczony w Allianz. Co robić dalej?

Poproś poprzedniego właściciela, by przekazał Ci polisę OC komunikacyjnego. Możesz z niej korzystać aż do upływu okresu ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć i zawrzeć nowe ubezpieczenie w Allianz lub u innego ubezpieczyciela.

Jeśli zdecydujesz się na kontynuację ubezpieczenia, prześlij nam:

- kopię tymczasowego lub stałego dowodu rejestracyjnego, jeśli nastąpiła zmiana numeru rejestracyjnego pojazdu,
- wniosek zawierający dane nowego właściciela pojazdu i prośbę o aktualizowany dokument polisy OC (jeśli nie potrzebujesz aktualizowanego dokumentu OC, nie zaznaczaj tej opcji we wniosku),
- podpisany wniosek o ponowne obliczenie składki, za okres od dnia przejścia lub przeniesienia prawa własności pojazdu, jeśli życzysz sobie ponownego przeliczenia składki z uwzględnieniem przysługujących zniżek.

4 NAJCZĘŚCIEJ ZADAWANE PYTANIA

Jeśli nie chcesz kontynuować polisy, prześlij nam wniosek o rozwiązanie umowy.

Kupiłem pojazd objęty przez Allianz ubezpieczeniem AC.

Czy mogę nadal płacić składkę, żeby kontynuować ubezpieczenie?

Nie, polisa Autocasco wygasa w dniu przeniesienia własności pojazdu. Możesz zawrzeć nową umowę. Zrobisz to za pośrednictwem agenta, przez Internet lub przez telefon.

W jakich okolicznościach przysługuje mi zwrot składki z polisy AC?

O zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia możesz ubiegać się, jeśli:

- pojazd został sprzedany,
- doszło do demontażu pojazdu,
- doszło do wyrejestrowania pojazdu,
- doszło do odstąpienia od umowy,
- wypłaciliśmy odszkodowanie za całkowitą szkodę ubezpieczonego pojazdu.

Jaki jest zakres mojego ubezpieczenia?

Zakres ubezpieczenia zależy od tego, jaki wybierzesz wariant. Szczegóły dotyczące zakresu ubezpieczenia dla danego wariantu znajdziesz w rozdziale 2.1 przewodnika. W razie dodatkowych pytań, skontaktuj się z naszym agentem.

W których krajach wymagana jest Zielona Karta?

Zielonej Karty będziesz potrzebować m.in. w Albanii, Białorusi, Bośni i Hercegowinie, Iranie, Izraelu, Macedonii, Mołdawii, Czarnogórze, Maroku i Rosji. Aktualny wykaz krajów, w których obowiązuje Zielona Karta znajdziesz na stronie Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Wykupiłem ubezpieczenie w Allianz, ale nie dostałem Zielonej Karty.

Jak mogę ją otrzymać?

Ubezpieczenie Zielonej Karty zawieramy na Twój wniosek i za zapłatą składki. Jeśli chcesz kupić ubezpieczenie Zielonej Karty, skontaktuj się z naszym agentem lub zadzwoń pod numer 224 224 224.

Pomóż nam podnosić standardy

Jednym z naszych priorytetów w Allianz jest ciągłe doskonalenie obsługi klienta. Jeśli masz jakiegokolwiek uwagi lub wątpliwości, zgłoś je, a zajmiemy się Twoją sprawą tak szybko, jak to możliwe. Możesz to zrobić na dwa sposoby:

- poprzez udział w ankiecie, którą wysyłamy m.in. po zakupie ubezpieczenia, po zgłoszeniu oraz po rozpatrzeniu szkody
- telefonicznie pod numerem:
→ 224 224 224

Dziękujemy,
że jesteś
z nami!

