

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

STREFA NNW SZKOLNE

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA „STREFA NNW SZKOLNE”

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.	punkty: 4, 8-10, 13-15, 17-21, 24, 26, 27, 30, 33, 35-38, 42, 47, 48, 52, 53, 55, 56, 58, 59, 63, 67, 68, 72, 75, 76, 80, 83, 84, 88, 105, 107,111, 113-118. Tabela nr 1, Tabela nr 2, Tabela nr 3, Tabela nr 4 i Tabela nr 5. Załącznik nr 1 – Tabela norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku, Załącznik nr 2 – Zabiegi i badania realizowane w zakresie procedur medycznych, Załącznik nr 3 – Katalog Poważnych zachorowań. Informacje zawarte w tej 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: 2, 4, 5-7, 12, 16, 17, 19, 21-23, 25-29, 31-34, 37, 39-47, 49-51, 54, 55, 57, 58, 60-71, 73-75, 77-98, 100. Tabela nr 1, Tabela nr 3, Tabela nr 5. Załącznik nr 1 – Tabela norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku, Załącznik nr 2 – Zabiegi i badania realizowane w zakresie procedur medycznych, Załącznik nr 3 – Katalog Poważnych zachorowań. Informacje zawarte w tej tabeli należy odczytywać z uwzględnieniem definicji zawartych w rozdziale 2.6.

SPIS TREŚCI

1. Wstęp do ubezpieczenia	5	2.2. Wyłączenia ogólne	12
2. Opis produktu i warunki ubezpieczenia	6	2.3. Obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego związane z zawieraniem lub przystąpieniem do umowy	13
2.1. Co obejmuje ubezpieczenie	6	2.4. Zdarzenie objęte ubezpieczeniem – i co dalej	13
Gdzie działa ubezpieczenie	6	2.5. Jakie są najważniejsze elementy umowy	14
Jak określamy Sumę ubezpieczenia i limity odpowiedzialności	6	2.6. Definicje	16
Co zawierają pakiety	6	Załącznik nr 1 Tabela norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku	18
Świadczenia, które oferujemy	7	Załącznik nr 2 Zabiegi i badania realizowane w zakresie procedur medycznych	20
A. Wersja A. Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku	7	Załącznik nr 3 Katalog Poważnych zachorowań	21
B. Wersja B. Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku oraz Śmierć Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku	7		
C. Uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku.	7		
D. Koszty leczenia powstałe w wyniku Wypadku	7		
E. Wstrząśnienie mózgu w wyniku Wypadku.	8		
F. Pogryzienie Ubezpieczonego Dziecka przez psa lub inne zwierzęta	8		
G. Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku epilepsji	8		
H. Powtórna opinia medyczna	8		
I. Ochrona Ubezpieczonego Dziecka w sieci	8		
J. Świadczenia assistance po Wypadku	9		
K. Pobyt w Szpitalu w wyniku Wypadku	10		
L. Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w szpitalu/ hotelu w przypadku pobytu Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu w wyniku Wypadku	10		
M. Nagłe zachorowanie Ubezpieczonego skutkujące hospitalizacją	10		
N. Rehabilitacja	10		
O. Poważne zachorowanie oraz świadczenie assistance – pomoc w chorobie	10		
P. Świadczenia assistance w przypadku ukąszenia kleszcza.	12		

WITAMY W ALLIANZ

W Allianz uważamy, że ubezpieczenia są po to, by dodawać pewności w życiu.

Od 1890 roku na świecie i od 1997 roku w Polsce, wspieramy tych, którzy podejmują codzienne decyzje.

Jesteśmy z tymi, którzy zakładają rodziny, podróżują, otwierają firmy. Dzielimy z naszymi klientami radości i jesteśmy z nimi w trudnych chwilach. Wtedy okazuje się, jak dużą wartość ma nasza pomoc.

Możemy być oparciem, ponieważ mamy wiedzę, doświadczenie i silną pozycję finansową. Tworzymy proste produkty, mówimy o nich prosto i zawsze dotrzymujemy słowa.

Po prostu!

1. WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

Na podstawie tych ogólnych warunków ubezpieczenia (w dalszej części nazywamy je o.w.u.), Ubezpieczający zawiera z nami czyli z Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółką Akcyjną Umowę grupowego ubezpieczenia „Strefa NNW szkolne” na rachunek Ubezpieczonych. Zawarcie Umowy potwierdzamy Polisą.

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

- zakresu każdego pakietu (co obejmuje i czego nie obejmuje ubezpieczenie),
- obowiązków Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego,
- procesu wypłaty świadczeń,
- najważniejszych elementów Umowy,
- pojęć używanych przez nas, czyli Definicji.

Prosimy o zapoznanie się z rozdziałem Definicje, w którym wyjaśniamy pojęcia używane w tych o.w.u. Jest to ważne, ponieważ możemy zdefiniować niektóre słowa inaczej niż są powszechnie rozumiane. Jeżeli zdefiniowaliśmy jakieś pojęcie, a następnie używamy go w o.w.u., to rozumiemy je zgodnie z tą definicją. Wszystkie pojęcia, które zdefiniowaliśmy, piszemy w tych o.w.u. z wielkiej litery.

Do tych o.w.u. dołączyliśmy:

- Załącznik nr 1 – Tabela norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku,
- Załącznik nr 2 – Zabiegi i badania realizowane w zakresie procedur medycznych,
- Załącznik nr 3 – Katalog Poważnych zachorowań.

Gdy piszemy **UBEZPIECZAJĄCY**, mamy na myśli osobę, która zawiera Umowę i jest odpowiedzialna za płacenie składki.

Gdy piszemy **UBEZPIECZONY**, mamy na myśli osobę, którą chronimy na podstawie zawartej Umowy. Dokładna definicja Ubezpieczonego znajduje się w rozdziale Definicje.

Gdy piszemy **MY**, mamy na myśli Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółką Akcyjną. Na podstawie tych o.w.u. organizujemy i pokrywamy także koszty świadczeń wykonywanych przez inne podmioty. Usługi na naszą rzecz świadczy AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie.

Gdy piszemy **UMOWA**, mamy na myśli umowę grupowego ubezpieczenia „Strefa NNW szkolne” zawartą pomiędzy Ubezpieczającym a nami na podstawie tych o.w.u. na rachunek Ubezpieczonych.

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 opisującej zasady przetwarzania przez nas danych osobowych przekazujemy zbierając dane. Informacje te dostępne są dla wszystkich na naszej stronie internetowej www.allianz.pl

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon **224 224 224** lub przez naszą stronę internetową **allianz.pl**

2. OPIS PRODUKTU I WARUNKI UBEZPIECZENIA

Prezentujemy grupowe ubezpieczenie „Strefa NNW szkolne” z trzema pakietami, które różnią się zakresem ochrony.

2.1 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

1. W tym rozdziale przedstawiamy najważniejsze informacje o zakresie ochrony. Opisujemy, co jest przedmiotem ubezpieczenia, a czego nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową. Podajemy, gdzie działa ubezpieczenie oraz co zawierają pakiety.
2. Ważne jest to, że ochrona ubezpieczeniowa na rzecz Ubezpieczonych będzie świadczona tylko w zakresie opisanym w pakiecie, który Ubezpieczający wybierze w odpowiedzi na naszą ofertę. Zakres potwierdzimy w Polisie. Dokładny zakres ubezpieczenia oferowany przez nas w ramach poszczególnych pakietów jest opisany w tych o.w.u.
3. Możemy wprowadzić w Umowie postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień zawartych w o.w.u., o ile nie są one sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa. Takie postanowienia powinny być zaakceptowane przez obie strony (Ubezpieczającego i nas).

GDZIE DZIAŁA UBEZPIECZENIE

4. Ochroną ubezpieczeniową są objęte Zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe na terytorium całego świata, z zastrzeżeniem tego, że niektóre świadczenia przysługujące na podstawie tych o.w.u. są realizowane wyłącznie w Polsce. Szczegóły dotyczące zakresu terytorialnego poszczególnych ryzyk opisujemy w Tabeli nr 1:

Tabela nr 1 – Gdzie działa ubezpieczenie

A	Wersja A. Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku	Cały świat
B	Wersja B. Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku oraz Śmierć Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku	Cały świat
C	Uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku	Cały świat
D	Koszty leczenia powstałe w wyniku Wypadku	Pokrywamy koszty leczenia poniesione w Polsce, za Wypadek, który może się wydarzyć na całym świecie
E	Wstrząśnienie mózgu w wyniku Wypadku	Cały świat
F	Pogryzienie Ubezpieczonego Dziecka przez psa lub inne zwierzęta	Cały świat
G	Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku epilepsji	Cały świat
H	Powtórna opinia medyczna	Zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń, w tym przekazania Ekspertyzy sporządzonej przez Lekarza konsultanta świadczącego usługi medyczne poza Polską, za Poważne zachorowanie, które może być zdiagnozowane na całym świecie
I	Ochrona Ubezpieczonego Dziecka w sieci	Polska
J	Świadczenia assistance po Wypadku	Organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń assistance w Polsce, za Wypadek, który może się wydarzyć na całym świecie
K	Pobyt w Szpitalu w wyniku Wypadku	Cały świat
L	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w szpitalu/ hotelu w przypadku pobytu Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu w wyniku Wypadku	Organizujemy i pokrywamy koszty pobytu Opiekuna w Szpitalu/ hotelu w Polsce w przypadku pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Wypadku
M	Nagłe zachorowanie Ubezpieczonego skutkujące hospitalizacją	Cały świat
N	Rehabilitacja	Organizujemy i pokrywamy koszty rehabilitacji w Polsce, za Wypadek, który może się wydarzyć na całym świecie
O	Poważne zachorowanie oraz Świadczenie assistance – pomoc w chorobie	Zdiagnozowanie Poważnego zachorowania na całym świecie, organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń assistance w Polsce, za Poważne zachorowanie, które może być zdiagnozowane na całym świecie
P	Świadczenia assistance w przypadku ukąszenia kleszcza	Polska

JAK OKREŚLAMY SUMĘ UBEZPIECZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

5. Suma ubezpieczenia i limity świadczeń to maksymalne kwoty, do wysokości których odpowiadamy w ramach Umowy. Kwoty te stanowią górną granicę naszej odpowiedzialności. Są one przewidziane osobno dla każdego Ubezpieczonego.
6. Sumy ubezpieczenia oraz limity świadczeń mogą być różne dla poszczególnych pakietów w ramach zawieranej z nami Umowy.
7. Sumy ubezpieczenia oraz limity świadczeń dla poszczególnych pakietów Ubezpieczający ustala z nami przy zawieraniu Umowy – potwierdzimy je w treści Polisy.

CO ZAWIERAJĄ PAKIETY

8. Oferujemy ochronę w ramach trzech pakietów ubezpieczenia. W Tabeli nr 2 wskazujemy, jakie elementy składają się na dany pakiet. Znak „/” oznacza, że w ramach danego pakietu obejmujemy ochroną ubezpieczeniową skutki określonego zdarzenia. Za dopłatą dodatkowej składki każdy z pakietów można rozszerzyć o opcjonalne ryzyka wskazane w tabeli.
9. W ramach każdego z pakietów można również wybrać pomiędzy wersją A (gdzie ochroną ubezpieczeniową obejmujemy śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku) a wersją B (gdzie poza śmiercią Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku obejmujemy również śmierć Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku).

Tabela nr 2 – Co zawierają pakiety

		Komfort	Plus	Max
A	Wersja A. Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku	✓	✓	✓
B	Wersja B. Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku oraz Śmierć Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku	✓	✓	✓
C	Uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku	✓	✓	✓
D	Koszty leczenia powstałe w wyniku Wypadku	✓	✓	✓
E	Wstrząśnienie mózgu w wyniku Wypadku	✓	✓	✓
F	Pogryzienie Ubezpieczonego Dziecka przez psa lub inne zwierzęta	✓	✓	✓
G	Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku epilepsji	✓	✓	✓
H	Powtórna opinia medyczna	✓	✓	✓
I	Ochrona Ubezpieczonego Dziecka w sieci	✓	✓	✓
J	Świadczenia assistancje po Wypadku		✓	✓
K	Pobyt w Szpitalu w wyniku Wypadku		✓	✓
L	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w szpitalu/ hotelu w przypadku pobytu Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu w wyniku Wypadku		✓	✓
M	Nagłe zachorowanie Ubezpieczonego skutkujące hospitalizacją			✓
N	Rehabilitacja			✓
O	Poważne zachorowanie oraz Świadczenie assistancje – pomoc w chorobie	(opcjonalnie)	(opcjonalnie)	(opcjonalnie)
P	Świadczenia assistancje w przypadku ukąszenia kleszcza	(opcjonalnie)	(opcjonalnie)	(opcjonalnie)

ŚWIADCZENIA, KTÓRE OFERUJEMY

Przedstawiamy opis zdarzeń, których skutki obejmujemy ochroną ubezpieczeniową oraz wskazujemy, jakie świadczenia przysługują z tytułu ich zaistnienia.

A. Wersja A. Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Jeżeli w wyniku Wypadku dojdzie do śmierci Rodzica Ubezpieczonego Dziecka, wypłacimy Ubezpieczonemu Dziecku świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia.
- W przypadku śmierci obojga Rodziców Ubezpieczonego Dziecka w tym samym Wypadku wypłacimy świadczenie w łącznej wysokości 150% Sumy ubezpieczenia.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową śmierci Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku:
 - do której ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych;
 - jeżeli nie ma związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Wypadkiem a śmiercią Rodzica Ubezpieczonego Dziecka.

B. WERSJA B. Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku oraz Śmierć Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Jeżeli w wyniku Wypadku dojdzie do śmierci Rodzica Ubezpieczonego Dziecka, wypłacimy Ubezpieczonemu Dziecku świadczenie w wysokości 20% Sumy ubezpieczenia.

- W przypadku śmierci obojga Rodziców Ubezpieczonego Dziecka w tym samym Wypadku wypłacimy świadczenie w łącznej wysokości 60% Sumy ubezpieczenia.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku wypłacimy Uposażonemu jednorazowo świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową śmierci Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku oraz śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku:
 - do której ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych;
 - jeżeli nie ma związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Wypadkiem a śmiercią Rodzica Ubezpieczonego Dziecka lub śmiercią Ubezpieczonego.

C. Uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Jeżeli w wyniku Wypadku Ubezpieczony dozna Uszczerbku na zdrowiu, wypłacimy świadczenie z tego tytułu w wysokości zgodnej z Tabelą norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku (Załącznik nr 1 do tych o.w.u.).
- Za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia.
- Jeżeli w wyniku Wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopnie Uszczerbku na zdrowiu sumują się – maksymalnie do wartości 100%.
- Procent Uszczerbku na zdrowiu ustalamy w oparciu o dokumentację medyczną.
- Przy ustalaniu stopnia Uszczerbku na zdrowiu nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- Nie sumujemy Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku w postaci złamania i utraty tej samej kończyny oraz utraty i uszkodzenia narządu.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową skutków Wypadku:
 - do którego ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych;
 - jeżeli nie ma związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Wypadkiem a doznany Uszczerbkiem;
 - które nie są ujęte w Tabeli norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku (Załącznik nr 1 do tych o.w.u.).

D. Koszty leczenia powstałe w wyniku Wypadku

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Jeżeli w wyniku Wypadku Ubezpieczony poniósł koszty związane z leczeniem skutków tego Wypadku pokryjemy udokumentowane koszty.
- Limity naszej odpowiedzialności z tytułu Kosztów leczenia powstałych w wyniku Wypadku, są określone w Umowie.
- Pokrywamy wyłącznie te koszty leczenia, których zasadność jest potwierdzona w dokumentacji medycznej. Nasza odpowiedzialność obejmuje następujące koszty leczenia:
 - wynagrodzenia lekarskie i pielęgniarskie;
 - koszty zakupu lekarstw;
 - koszty zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego lub protez;
 - koszty zakupu środków opatrunkowych;
 - koszty wykonania zdjęć rentgenowskich, badań ultrasonograficznych lub innych badań diagnostycznych niezbędnych w procesie leczenia skutków Wypadku;
 - koszty leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego;
 - koszty leczenia stomatologicznego;
 - koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym;
 - koszty operacji plastycznych;
 - koszty transportu medycznego środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia Ubezpieczonego po Wypadku.
- Jeżeli Ubezpieczony uległ Wypadkowi i był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie kilku umów ubezpieczenia, które obejmują zwrot kosztów leczenia, to świadczenie z tego tytułu nie może przekraczać rzeczywistych i udokumentowanych wydatków poniesionych na ten cel.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

28. Nie pokrywamy kosztów leczenia:
 - 28.1. przeprowadzanego poza Polską;
 - 28.2. poniesionych poza Polską.
29. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową kosztów leczenia, które są następstwem Wypadku:
 - 29.1. do którego ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych;
 - 29.2. jeżeli nie ma związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Wypadkiem a powstaniem kosztów leczenia.

E. Wstrząśnienie mózgu w wyniku Wypadku

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

30. Jeżeli w wyniku Wypadku Ubezpieczony dozna Wstrząśnienia mózgu, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie z tego tytułu w wysokości określonej w Umowie.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

31. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową Wstrząśnienia mózgu w wyniku Wypadku, jeżeli jego wystąpienie nie zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.
32. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową skutków Wypadku:
 - 32.1. do którego ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych;
 - 32.2. jeżeli nie ma związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Wstrząśnieniem mózgu a Wypadkiem.

F. Pogryzienie Ubezpieczonego Dziecka przez psa lub inne zwierzęta

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

33. Świadczenie z tytułu Pogryzienia Ubezpieczonego Dziecka przez psa lub inne zwierzęta wypłacamy Ubezpieczonemu w wysokości określonej w Umowie, jeżeli:
 - 33.1. w wyniku pogryzienia przez psa powstały u Ubezpieczonego rany kłusane, które zostały zaopatrzone chirurgicznie w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych. Za zaopatrzenie chirurgiczne rany uważamy również założenie pasków do zamknięcia ran;
 - 33.2. w wyniku pogryzienia przez inne zwierzęta Ubezpieczony był hospitalizowany minimum 24 godziny.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

34. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową skutków pogryzienia Ubezpieczonego przez psa lub inne zwierzęta, do którego ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych.

G. Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku epilepsji

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

35. Jeżeli w wyniku ataku epilepsji dojdzie u Ubezpieczonego do Uszczerbku na zdrowiu wymienionego w Tabeli norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku (Załącznik nr 1 do tych o.w.u.), wypłacimy Ubezpieczonemu z tego tytułu jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Umowie.
36. Atak epilepsji oraz uszczerbki które były jego następstwem, muszą być stwierdzone w dokumentacji medycznej.
37. Jednorazowe świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku epilepsji wypłacimy za 1 atak epilepsji.
38. Wcześniejsze stwierdzenie u Ubezpieczonego objawów epilepsji nie wpływa na naszą odpowiedzialność.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

39. Atak epilepsji nie jest traktowany jako Wypadek w rozumieniu tych o.w.u. W związku z tym nie wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku.
40. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową skutków Uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku epilepsji, do którego ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych.
41. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeżeli brak jest związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy atakiem epilepsji a doznany Uszczerbkiem na zdrowiu.

H. Powtórna opinia medyczna

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

42. Jeśli po upływie Okresu karencji, który wynosi 30 dni od daty rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia zostanie zdiagnozowane u Ubezpieczonego schorzenie wskazane w Katalogu Poważnych zachorowań (Załącznik nr 3 do tych o.w.u.), zapewnimy mu organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń:
 - 42.1. poinformowanie Ubezpieczonego o dokumentacji medycznej niezbędnej do wydania Ekspertyzy;
 - 42.2. przetłumaczenie zgromadzonej dokumentacji medycznej na język obcy, którym posługuje się Lekarz Konsultant wydający Ekspertyzę;
 - 42.3. dostarczenie przetłumaczonej dokumentacji medycznej do Lekarza Konsultanta;
 - 42.4. przekazanie Ubezpieczonemu lub – na życzenie Ubezpieczonego – wskazanemu przez niego Lekarzowi prowadzącemu pisemnej Ekspertyzy, która zawiera:
 - opinię Lekarza Konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy oraz stosowanego leczenia,
 - propozycję planu leczenia zalecanego przez Lekarza Konsultanta,
 - dane adresowe ośrodków medycznych za granicą zajmujących się leczeniem danego Poważnego zachorowania (po uprzednim zwróceniu się do co najmniej trzech ośrodków medycznych za granicą),
 - tłumaczenie Ekspertyzy na język polski.
43. Z tytułu powtórnej opinii medycznej zapewnimy Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów świadczeń wymienionych w poprzednim punkcie tylko jeden raz.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

44. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową Poważnych zachorowań, będących następstwem zmian chorobowych, które wystąpiły u Ubezpieczonego w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem Okresu ubezpieczenia i które zgodnie z zaleceniem lekarskim wymagały dalszej diagnostyki. Tego wyłączenia nie stosujemy, jeżeli Ubezpieczony przez 12 miesięcy – bezpośrednio przed rozpoczęciem Okresu ubezpieczenia – był u nas objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poważnego zachorowania.
45. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową skutków Poważnych zachorowań, do których ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych.
46. Nie pokrywamy kosztów leczenia Ubezpieczonego w ośrodkach medycznych za granicą, które zostały wskazane w Ekspertyzie.

I. Ochrona Ubezpieczonego Dziecka w sieci

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

47. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową skutki bezprawnych działań osób trzecich podejmowanych w Internecie, w tym w mediach społecznościowych, polegające na naruszeniu dóbr osobistych Ubezpieczonego, w szczególności poprzez ujawnienie tam informacji dotyczących życia prywatnego Ubezpieczonego. W tym przypadku:
 - 47.1. zorganizujemy i pokryjemy koszty kontaktu z administratorem strony internetowej lub administratorem mediów społecznościowych dążąc do usunięcia treści naruszających dobra osobiste Ubezpieczonego;
 - 47.2. zorganizujemy i pokryjemy koszty dwóch wizyt Ubezpieczonego u psychologa.
48. W razie bezprawnego działania osoby trzeciej podjętego w Internecie, w tym w mediach społecznościowych, polegającego na naruszeniu dóbr osobistych Ubezpieczonego, wskażemy również Ubezpieczonemu dane teleadresowe sądów, ogólne informacje o procedurze obrony swoich praw w postępowaniu sądowym, możliwościach pozasądowego rozwiązania sporu oraz poinformujemy go o treści obowiązujących aktów prawnych.
49. Nasza odpowiedzialność z tytułu ochrony Ubezpieczonego Dziecka w sieci jest ograniczona do 2 bezprawnych działań osób trzecich w Internecie.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

50. Nie ponosimy kosztów dochodzenia praw Ubezpieczonego w postępowaniu sądowym lub pozasądowym, związanych z naruszeniem jego dóbr osobistych.
51. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową skutków bezprawnych działań osób trzecich, do których ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych.

J. Świadczenia assistance po Wypadku

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

52. W razie wystąpienia Wypadku zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń assistance, wskazanych w Tabeli nr 3.
53. Świadczenia assistance są realizowane na podstawie pisemnego skierowania Lekarza prowadzącego.

Tabela nr 3 – Świadczenia assistance po Wypadku

		Limity
Świadczenia medyczne	1. konsultacja chirurga 2. konsultacja okulisty 3. konsultacja otolaryngologa 4. konsultacja ortopedy 5. konsultacja kardiologa 6. konsultacja neurologa 7. konsultacja pulmonologa 8. konsultacja lekarza rehabilitacji 9. konsultacja neurochirurga 10. badania ambulatoryjne 11. badania radiologiczne* 12. ultrasonografia*	do wyboru Ubezpieczonego: maksymalnie 3 świadczenia na 1 Wypadek
Badania specjalistyczne	13. Tomografia komputerowa* 14. Rezonans magnetyczny*	do wyboru Ubezpieczonego: maksymalnie 1 świadczenie na 1 Wypadek
Konsultacja psychologa	15. Konsultacja psychologa	maksymalnie 4 świadczenia na 1 Wypadek
Świadczenia opiekuńcze	transport medyczny – na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego: <ul style="list-style-type: none"> • do Placówki medycznej – z Miejsca zamieszkania • pomiędzy Placówkami medycznymi – w przypadku pobytu w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego lub w przypadku skierowania przez Lekarza prowadzącego na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej • z Placówki medycznej – do Miejsca zamieszkania 	świadczenia do wielokrotnego wykorzystania przez Ubezpieczonego, maksymalnie do limitu kwotowego uzgodnionego w Umowie
	dostarczenie leków zapisanych przez Lekarza prowadzącego i w sytuacji, gdy zgodnie z jego pisemnym zaleceniem, Ubezpieczony (z uwagi na rodzaj obrażeń jakich doznał) nie może opuścić Miejsca zamieszkania – warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie nam recepty niezbędnej do wykupienia leków	
	wizyta pielęgniarki w Miejscu zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia opieki pielęgniarskiej od Lekarza prowadzącego, obejmująca koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego	
	organizacja i pokrycie kosztów korepetycji lub organizacja i pokrycie kosztów opieki nad Ubezpieczonym, gdy zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, Ubezpieczony (z uwagi na rodzaj obrażeń jakich doznał) nie może opuścić Miejsca zamieszkania przez okres co najmniej 14 dni	
	wizyta lekarza internisty lub lekarza rodzinnego w Placówce medycznej lub w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego, wraz z kosztami dojazdu lekarza internisty/rodzinnego oraz kosztami jego honorarium	1 świadczenie na 1 Wypadek

* Zabiegi i badania realizowane w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 2 do tych o.w.u.

54. Realizacja któregokolwiek ze świadczeń medycznych wskazanych w Tabeli nr 3 pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń medycznych lub limit kwotowy do wykorzystania uzgodniony w Umowie.
55. W ramach maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, istnieje możliwość ponownego skorzystania z tego samego rodzaju świadczenia medycznego. Nie dotyczy to świadczeń wymienionych poniżej, z których można skorzystać tylko 1 raz po każdym Wypadku:
- 55.1. tomografia komputerowa;
55.2. rezonans magnetyczny.
56. W razie wystąpienia Wypadku, zapewniamy również Ubezpieczonemu dostęp do telefonicznej informacji medycznej. Aby z niej skorzystać, nie trzeba mieć uprzedniego skierowania od Lekarza prowadzącego. Zakres informacji medycznych udostępnianych przez telefon przedstawia Tabela nr 4.

Tabela nr 4 – Telefoniczna informacja medyczna

Zakres udostępnianych informacji	Limity
<ul style="list-style-type: none"> • dane teleadresowe państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia prowadzących leczenie po Wypadku, leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami • dane teleadresowe placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne po Wypadku • dane teleadresowe placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny • sposoby przygotowania się do operacji, zabiegów lub badań medycznych • diety, zasady zdrowego żywienia po Wypadku • dane teleadresowe domów pomocy społecznej, hospicjów • dane teleadresowe aptek czynnych przez całą dobę 	bez limitu

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

57. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową skutków Wypadku, do którego ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych.

K. Pobyt w Szpitalu w wyniku Wypadku

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

58. Jeżeli w wyniku Wypadku Ubezpieczony przebywał w Szpitalu nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w Umowie za każdy dzień hospitalizacji, jednak – nie dłużej niż za 180 dni.
59. Dokumentem, na podstawie którego wypłacimy świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Wypadku, jest wystawiona przez Szpital karta informacyjna lub inny dokument potwierdzający pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu.
60. Do okresu pobytu w Szpitalu nie wliczamy dni objętych przepustką.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

61. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową pobytu Ubezpieczonego w:
- domu opieki, domu pomocy społecznej,
 - ośrodka dla psychicznie chorych,
 - ośrodka leczenia uzależnień,
 - ośrodka rekonwalescencyjnym, uzdrowiskowym, sanatoryjnym lub ośrodka wypoczynkowym,
 - szpitalu rehabilitacyjnym lub ośrodka rehabilitacji,
 - szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennego pobytu Placówki medycznej, której podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacyjnego.
62. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową Pobytu w Szpitalu w wyniku Wypadku:
- 62.1. do którego ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych;
- 62.2. jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu nie jest wynikiem Wypadku.

L. Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w szpitalu/hotelu w przypadku pobytu Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu w wyniku Wypadku

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

63. Jeżeli w wyniku Wypadku Ubezpieczony przebywa w Szpitalu nieprzerwanie co najmniej 24 godziny lub – zgodnie z przewidywaniami Lekarza prowadzącego – będzie przebywać w Szpitalu co najmniej 24 godziny, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty pobytu Opiekuna w Szpitalu albo w hotelu – w zależności od tego, co wybierze Opiekun.
64. Świadczenie przysługuje maksymalnie do limitu dziennego uzgodnionego z Ubezpieczającym przy zawieraniu Umowy i za okres pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu – nie dłużej niż za 14 dni.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

65. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów pobytu Opiekuna w Szpitalu albo hotelu, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu jest następstwem Wypadku, do którego ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych.
66. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów pobytu Opiekuna w Szpitalu albo hotelu jeżeli Ubezpieczony przebywa w Szpitalu z innego powodu niż Wypadek.

M. Nagłe zachorowanie Ubezpieczonego skutkujące hospitalizacją

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

67. W przypadku Nagłego zachorowania Ubezpieczonego skutkującego hospitalizacją przez okres nie krótszy niż 5 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu z tego tytułu jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Umowie.
68. Nasza odpowiedzialność jest ograniczona do 2 Nagłych zachorowań Ubezpieczonego skutkujących hospitalizacją. Świadczenie wypłacimy na podstawie wystawionej przez Szpital karty informacyjnej lub innego dokumentu potwierdzającego nagłe zachorowanie i hospitalizację.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

69. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową Nagłego zachorowania, którego skutkiem nie była hospitalizacja Ubezpieczonego, bądź gdy Nagłe zachorowanie skutkowało hospitalizacją Ubezpieczonego przez okres krótszy niż 5 dni.
70. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową Nagłego zachorowania Ubezpieczonego skutkującego hospitalizacją, jeżeli Ubezpieczony przebywał w:
- domu opieki, domu pomocy społecznej,
 - ośrodka dla psychicznie chorych,
 - hospicjum onkologicznym,
 - ośrodka leczenia uzależnień,
 - ośrodka rekonwalescencyjnym, uzdrowiskowym, sanatoryjnym lub ośrodka wypoczynkowym,
 - szpitalu rehabilitacyjnym lub ośrodka rehabilitacji,
 - szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennego pobytu Placówki medycznej, której podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacyjnego.
71. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową Nagłego zachorowania Ubezpieczonego skutkującego hospitalizacją, do którego ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych.

N. Rehabilitacja

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

72. Jeżeli w wyniku Wypadku Lekarz prowadzący zlecił Ubezpieczonemu poddanie się zabiegom rehabilitacyjnym, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty tych zabiegów, o ile będą przeprowadzone na terenie Polski.
73. Limit na zabiegi rehabilitacyjne jest określony w Umowie.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

74. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową skutków Wypadku, do którego ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych.

O. Poważne zachorowanie oraz świadczenie assistance – pomoc w chorobie

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

Świadczenia w przypadku Poważnego zachorowania

75. Jeśli po upływie Okresu karencji, który wynosi 30 dni od daty rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia, zostanie zdiagnozowane u Ubezpieczonego schorzenie wskazane w Katalogu Poważnych zachorowań (Załącznik nr 3 do tych o.w.u.), wypłacimy mu świadczenie w wysokości określonej w Umowie.
76. Za datę wystąpienia Poważnego zachorowania uznajemy dzień, w którym zostało ono zdiagnozowane przez Lekarza prowadzącego.
77. Z tytułu Poważnego zachorowania przysługuje Ubezpieczonemu 1 świadczenie w odniesieniu do danego Poważnego zachorowania.

Świadczenia assistance – w razie Poważnego zachorowania

78. W razie wystąpienia Poważnego zachorowania zdiagnozowanego u Ubezpieczonego po upływie Okresu karencji, który wynosi 30 dni od daty rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia, organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń assistance wskazanych w Tabeli nr 5.
79. Świadczenia assistance realizujemy na podstawie pisemnego skierowania Lekarza prowadzącego.

Tabela nr 5 – Świadczenia assistance w razie Poważnego zachorowania

		Limity		
Świadczenia medyczne	1. konsultacja chirurga 2. konsultacja okulisty 3. konsultacja otolaryngologa 4. konsultacja ortopedy 5. konsultacja ginekologa 6. konsultacja urologa 7. konsultacja pulmonologa 8. konsultacja neurologa 9. konsultacja onkologa 10. konsultacja endokrynologa 11. konsultacja hematologa 12. konsultacja nefrologa 13. konsultacja dermatologa	14. diagnostyka laboratoryjna: <ul style="list-style-type: none"> • moc – badanie ogólne; • OB.; Morfologia; APTT (czas kaolinowo-kefalinowy) • PT (czas protombinowy); • Fibrynogen; • Glukoza; • elektrolity (sód i potas); • Lipidogram; • próby wątrobowe; • Amylaza; • Mocznik; • TSH (tyreotropina); 	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatynina; • kwas moczowy; • Proteinogram; • Ferrytyna; • wapń całkowity; • fosfor nieorganiczny; • Magnez; • CRP ilościowo; • HBs przeciwciała; • IgE całkowite; • markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21 	do wyboru Ubezpieczonego: maksymalnie 5 świadczeń na 1 Poważne zachorowanie
	15. Rehabilitacja: <ul style="list-style-type: none"> • cykloergometr, bieżnia, stepper; • ćwiczenia ogólnousprawniające; trening oporowy; • fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa 			maksymalnie 1 świadczenie na każde Poważne zachorowanie (do 10 zabiegów/sesji stanowiących łącznie 1 świadczenie)
Badania specjalistyczne	16. Biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym) 17. Badania radiologiczne 18. Ultrasonografia			do wyboru Ubezpieczonego: maksymalnie 1 świadczenie na każde Poważne zachorowanie
	19. Rezonans magnetyczny			maksymalnie 1 badanie na każde Poważne zachorowanie
	20. Tomografia komputerowa			maksymalnie 1 badanie na każde Poważne zachorowanie
	Telefoniczna informacja medyczna – zakres udostępnianych informacji: <ul style="list-style-type: none"> • dane teled adresowe państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia prowadzących leczenie Poważnych zachorowań • działania leków, skutki uboczne ich stosowania, interakcje z innymi lekami • dane teled adresowe placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne po Poważnym zachorowaniu • dane teled adresowe placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny • sposoby przygotowania się do operacji, zabiegów lub badań medycznych • diety, zasady zdrowego żywienia po Poważnym zachorowaniu • dane teled adresowe domów pomocy społecznej, hospicjów • dane teled adresowe aptek czynnych przez całą dobę 			bez limitu
Świadczenia opiekuńcze	proces rehabilitacyjny: <ul style="list-style-type: none"> • wizyty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania albo • wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej (wraz z kosztami transportu) na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania na rehabilitację od Lekarza prowadzącego			
	wypożyczenie albo zakup oraz transport Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania, na podstawie sporządzonego na piśmie zalecenia używania Sprzętu rehabilitacyjnego od Lekarza prowadzącego			
	dostarczenie posiłków do Miejsca zamieszkania, koszty posiłków pokrywa Ubezpieczony			
	dostarczenie leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego do Miejsca zamieszkania, Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie recepty niezbędnej do wykupienia leków			świadczenia do wielokrotnego wykorzystania maksymalnie do limitu kwotowego uzgodnionego w Umowie
	wizyta pielęgniarki w Miejscu zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia opieki pielęgniarskiej od Lekarza prowadzącego leczenie, obejmująca koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego			
zwrot kosztów peruk i protez na rzecz Ubezpieczonego				
transport medyczny – na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania od Lekarza prowadzącego: <ul style="list-style-type: none"> • do Placówki medycznej – z Miejsca zamieszkania • pomiędzy Placówkami medycznymi – w przypadku pobytu w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego lub w przypadku skierowania przez Lekarza prowadzącego na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej • z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania 				
psycholog – konsultacja w Miejscu zamieszkania lub w poradni zdrowia psychicznego				
80. Zapewniamy organizację i pokrywamy koszty świadczeń medycznych i świadczeń opiekuńczych do wysokości limitów kwotowych i ilościowych wskazanych w Umowie, które stanowią górną granicę naszej odpowiedzialności w związku z 1 Poważnym zachorowaniem.				
81. Świadczenia medyczne spośród dostępnych dwudziestu realizujemy do maksymalnej liczby świadczeń medycznych i limitu kwotowego do wykorzystania.				
82. Realizacja któregośkolwiek ze świadczeń medycznych pomniejsza maksymalną liczbę i limit kwotowy do wykorzystania uzgodniony w Umowie świadczeń medycznych.				
83. W ramach maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, istnieje możliwość ponownego skorzystania z tego samego rodzaju świadczenia medycznego. Nie dotyczy to świadczeń wymienionych poniżej, z których można skorzystać tylko 1 raz po każdym Poważnym zachorowaniu:				
	83.1. tomografia komputerowa;			
	83.2. rezonans magnetyczny;			
	83.3. rehabilitacja.			
84. Świadczenia medyczne – diagnostyka laboratoryjna – niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez Lekarza prowadzącego – traktowane jest jako 1 świadczenie medyczne w ramach maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania.				
85. Świadczenia opiekuńcze realizujemy do wysokości maksymalnego limitu kwotowego uzgodnionego w Umowie, z możliwością ponownego skorzystania z tego samego rodzaju świadczenia opiekuńczego.				

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

86. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową:
- 86.1. Poważnych zachorowań, będących następstwem zmian chorobowych, które w wystąpiły u Ubezpieczonego w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem Okresu ubezpieczenia i które zgodnie z zaleceniem lekarskim wymagały dalszej diagnostyki – tego wyłączenia nie stosujemy, jeżeli Ubezpieczony przez 12 miesięcy bezpośrednio przed rozpoczęciem Okresu ubezpieczenia był u nas objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poważnego zachorowania;
 - 86.2. wystąpienia w Okresie ubezpieczenia kolejnego (tego samego) Poważnego zachorowania, za które już wypłaciśmy świadczenie;
 - 86.3. wystąpienia w Okresie ubezpieczenia kolejnego Poważnego zachorowania, jeżeli to Poważne zachorowanie jest rezultatem Poważnego zachorowania, za które wypłaciśmy już świadczenie.
87. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową Poważnego zachorowania, do którego ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych.

P. Świadczenia assistance w przypadku ukąszenia kleszcza

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

88. W razie ukąszenia Ubezpieczonego przez kleszcza, zorganizujemy i pokryjemy lub zwrócimy koszty następujących świadczeń:
- 88.1. wizyta lekarska w celu usunięcia kleszcza zagnieżdżonego w ciele Ubezpieczonego;
 - 88.2. transport kleszcza w celu wykonania badania i badanie kleszcza pod kątem nosicielstwa patogenów borrelia burgdorferi lub babesia divergens;
 - 88.3. koszty antybiotykoterapii – zwrócimy koszty antybiotyków na podstawie imiennych rachunków, jeżeli w wyniku badania okaże się, że kleszcz jest nosicielem patogenów borrelia burgdorferi lub babesia divergens a lekarz prowadzący zlecił Ubezpieczonemu poddanie się leczeniu antybiotykami.
89. Zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance w przypadku ukąszenia kleszcza łącznie do wysokości limitu uzgodnionego z Ubezpieczającym przy zawieraniu Umowy. Z tych świadczeń można skorzystać tylko 1 raz.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

90. Nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową ukąszenia kleszcza, do którego ma zastosowanie jedno lub kilka Wyłączeń ogólnych.

2.2. WYŁĄCZENIA OGÓLNE

W tym rozdziale wskazujemy, jakich zdarzeń nie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy.

91. Naszą odpowiedzialnością nie obejmujemy Zdarzeń ubezpieczeniowych, które miały miejsce przed Okresem ubezpieczenia.
92. Naszą odpowiedzialnością nie obejmujemy kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie tego, że nie spełnimy lub opóźnimy się ze spełnieniem świadczenia w wyniku działania Siły wyższej.
93. Rozmiar doznanych krzywd, cierpień i bólu nie jest przedmiotem naszego świadczenia ani nie wpływa na jego wysokość.
94. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, stawiane diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz prowadzący lub Lekarz konsultant.
95. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje konsekwencji Wypadków w postaci pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic.
96. Zakres naszej odpowiedzialności nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych, których powodem są:
 - 96.1. umyślne działanie Ubezpieczonego, samookaleczenie Ubezpieczonego lub okaleczenie na własną prośbę, usiłowanie popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa i popełnienie przez Ubezpieczonego samobójstwa – niezależnie od stanu poczytalności;
 - 96.2. popełnienie przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego potwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - 96.3. działanie wojenne, stan wojenny, stan wyjątkowy, wybuch nuklearny, epidemia, pandemia, wyciek, zanieczyszczenie, skażenie, reakcja jądrowa, skażenie spowodowane bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - 96.4. leczenie eksperymentalne Ubezpieczonego i leczenie niepotwierdzone badaniami;

- 96.5. zabieg lub leczenie Ubezpieczonego nieuznane w sposób naukowy i medyczny przez Światową Organizację Zdrowia (WHO);
 - 96.6. zdiagnozowane wady wrodzone Ubezpieczonego zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje (Q00-Q98);
 - 96.7. zarażenie Ubezpieczonego wirusem HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowanie na AIDS przez Ubezpieczonego;
 - 96.8. katastrofa naturalna, epidemia oraz skażenia ogłaszane przez służby administracyjne kraju zająca wypadku;
 - 96.9. użycie biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 96.10. zażycie przez Ubezpieczonego leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza, działanie na organizm Ubezpieczonego leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące zdarzenie pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji;
 - 96.11. Choroby psychiczne Ubezpieczonego;
 - 96.12. leczenie lub poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi pozostające w bezpośrednim następstwie ciąży, porodu lub porożu.
97. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje Wypadków, których powodem są:
- 97.1. czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach;
 - 97.2. stany chorobowe Ubezpieczonego, w tym następstwa Chorób psychicznych;
 - 97.3. wszelkie choroby psychosomatyczne Ubezpieczonego;
 - 97.4. Zawał serca lub Udar mózgu u Ubezpieczonego;
 - 97.5. bezpośrednie działanie Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości (w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości);
 - 97.6. bezpośrednie działanie Ubezpieczonego po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii);
 - 97.7. prowadzenie przez Ubezpieczonego pojazdu (w rozumieniu ustawy prawo o ruchu drogowym) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli brak uprawnień miał wpływ na powstanie Wypadku, lub prowadzenie przez Ubezpieczonego pojazdu (w rozumieniu ustawy prawo o ruchu drogowym) niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Wypadku;
 - 97.8. poddanie się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z Wypadkiem;
 - 97.9. działania wojenne o zasięgu lokalnym i międzynarodowym oraz akty terroru – odpowiadamy jednak za zdarzenia powstałe w wyniku nagłych działań wojennych oraz aktów terroru o ile miały miejsce w kraju, co do którego Ministerstwo Spraw Zagranicznych nie opublikowało ostrzeżenia dla podróżujących o zagrożeniu atakiem terrorystycznym lub działaniami wojennymi na stronie internetowej www.ms.gov.pl na co najmniej 7 dni przed Wypadkiem;
 - 97.10. energia jądrowa, promieniowanie radioaktywne i oddziaływanie pola magnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii, zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 97.11. wypadek w ruchu lotniczym, nie dotyczy to sytuacji, gdy Ubezpieczony był pilotem, pracownikiem personelu pokładowego (np. stewarda) lub pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 97.12. uczestniczenie przez Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - 97.13. wykonywanie przez Ubezpieczonego zadań kaskaderskich;
 - 97.14. Zawodowe uprawianie sportu przez Ubezpieczonego;
 - 97.15. uprawianie Sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego.
98. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śmierci Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku, którego powodem są:
- 98.1. czynny i niezgodny z prawem udział Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach;
 - 98.2. stany chorobowe Rodzica Ubezpieczonego Dziecka, w tym następstwami Chorób psychicznych;

- 98.3. wszelkie choroby psychosomatyczne Rodzica Ubezpieczonego Dziecka;
- 98.4. Zawał serca lub Udar mózgu u Rodzica Ubezpieczonego Dziecka;
- 98.5. bezpośrednie działanie Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości (w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości);
- 98.6. bezpośrednie działanie Rodzica Ubezpieczonego Dziecka po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii);
- 98.7. prowadzenie przez Rodzica Ubezpieczonego Dziecka pojazdu (w rozumieniu ustawy prawo o ruchu drogowym) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie Wypadku, lub prowadzenie przez Rodzica Ubezpieczonego Dziecka pojazdu (w rozumieniu ustawy prawo o ruchu drogowym) niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Wypadku;
- 98.8. poddanie się przez Rodzica Ubezpieczonego Dziecka leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z Wypadkiem;
- 98.9. działania wojenne o zasięgu lokalnym i międzynarodowym oraz akty terroru, odpowiadamy jednak za zdarzenia powstałe w wyniku nagłych działań wojennych oraz aktów terroru o ile miały miejsce w kraju, co do którego Ministerstwo Spraw Zagranicznych nie opublikowało ostrzeżenia dla podróżujących o zagrożeniu atakiem terrorystycznym lub działaniami wojennymi na stronie internetowej www.msz.gov.pl na co najmniej 7 dni przed Wypadkiem;
- 98.10. energia jądrowa, promieniowanie radioaktywne i oddziaływanie pola magnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii, zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 98.11. wypadek w ruchu lotniczym, nie dotyczy to sytuacji, gdy Rodzic Ubezpieczonego Dziecka był pilotem, pracownikiem personelu pokładowego (np. stewardesa) lub pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 98.12. uczestniczenie przez Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
- 98.13. wykonywanie przez Rodzica Ubezpieczonego Dziecka zadań kaskaderskich;
- 98.14. Wyczynowe uprawianie sportu przez Rodzica Ubezpieczonego Dziecka;
- 98.15. Zawodowe uprawianie sportu przez Rodzica Ubezpieczonego Dziecka;
- 98.16. uprawianie Sportów wysokiego ryzyka przez Rodzica Ubezpieczonego Dziecka.

2.3. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z ZAWIERANIEM LUB PRZYSTĄPIENIEM DO UMOWY

W tej części znajdują się informacje o tym, jakie są obowiązki Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego związane z Umową.

99. Ubezpieczający ma obowiązek ujawnić nam wszystkie znane jemu okoliczności, o które pytaliśmy go we wniosku albo w innych pismach przed zawarciem Umowy. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, on także ma ten obowiązek. Jeżeli nie otrzymamy odpowiedzi na nasze pytania, a mimo to zawrzemy Umowę z Ubezpieczającym, to uznajemy, że pominięte okoliczności nie były istotne. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę na cudzy rachunek, obowiązki te spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym. Wyjątkiem są sytuacje, gdy Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu Umowy na jego rachunek.

100. Nie odpowiadamy za skutki okoliczności, które z naruszeniem poprzedniego punktu nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony umyślnie nie ujawnili nam tych okoliczności, w razie wątpliwości przyjmiemy, że Wypadek przewidziany Umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, których nam nie ujawniono.
101. Zawierając Umowę na rachunek Ubezpieczonego, Ubezpieczający powinien poinformować Ubezpieczonego (przed przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy) o treści zawartej Umowy i doręczyć mu pełny tekst warunków Umowy, a także wyraźnie poinformować o obowiązkach, o których mowa w tych o.w.u. Ubezpieczony ma prawo uzyskać od nas informacje o postanowieniach Umowy, w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.
102. Jeżeli Ubezpieczający chce uzgodnić z Ubezpieczonym, że to on będzie finansować koszt składki ubezpieczeniowej z tytułu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na postawie Umowy zawartej przez Ubezpieczającego, jest on zobowiązany doręczyć Ubezpieczonemu pełne warunki ubezpieczenia. Powinien to zrobić przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczonego na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej.
103. Ubezpieczający i my, jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu, a w przypadku Ubezpieczającego, który jest osobą fizyczną – również o każdej zmianie danych osobowych.
104. Każde oświadczenie, wysyłane do nas przez Ubezpieczającego, powinno zawierać dane, na podstawie których możemy go zidentyfikować.

2.4. ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

Doszło do Zdarzenia ubezpieczeniowego

105. Jeżeli dojdzie do Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony jest zobowiązany:
- 105.1. podjąć próbę ograniczenia następstw Zdarzenia ubezpieczeniowego przez poddanie się opiece i zaleceniom lekarza;
 - 105.2. w ciągu 30 dni od daty Zdarzenia ubezpieczeniowego zawiadomić nas o wystąpieniu zdarzenia.

Zgłoszenie Zdarzenia ubezpieczeniowego

106. Zdarzenie ubezpieczeniowe można zgłosić:
- za pośrednictwem formularza na naszej stronie internetowej www.allianz.pl,
 - telefonicznie 224 224 224,
 - pocztą elektroniczną – prosimy pobrać formularz szkody na naszej stronie internetowej – po wypełnieniu formularza, należy wysłać go na adres dostępny na naszej stronie internetowej,
 - pocztą na adres: TUIR Allianz Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa.

O jakie dokumenty poprosimy

107. Ubezpieczony lub uprawniony ma obowiązek przestać dokumenty, które wskażemy. Pomogą one sprawnie rozpatrzyć roszczenia. W szczególności – zależnie od konkretnego przypadku – mogą to być:
- wypełniony druk zgłoszenia roszczenia,
 - opis okoliczności wystąpienia Wypadku,
 - notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia policji),
 - orzeczenie kończące postępowanie karne lub w sprawie o wykroczenie (jeżeli w danym Wypadku było prowadzone takie postępowanie), a także inne posiadane dokumenty dotyczące będącego jeszcze w toku postępowania, które mogą potwierdzić zasadność roszczenia,
 - kompletna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego po Wypadku,
 - dokument potwierdzający uprawnienia Ubezpieczonego do kierowania pojazdem w przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku Wypadku, w którym Ubezpieczony był kierującym,
 - dokument potwierdzający dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego w przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku Wypadku, w którym Ubezpieczony był kierującym,
 - inne dokumenty niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia, wskazane przez nas po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.

108. W razie Zdarzenia ubezpieczeniowego i zgłoszenia roszczenia z Umowy możemy wystąpić do Ubezpieczonego (w zakresie zgodnym z prawem) o zgodę na pozyskanie informacji medycznych oraz dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia, oraz podmiotów, które wykonują działalność leczniczą zgodnie z ustawą o działalności leczniczej. Taka sytuacja zwalnia też z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej lekarzy w kraju ich stałego miejsca zamieszkania i za granicą.
109. Możemy wystąpić do Ubezpieczonego o wyrażenie pisemnej zgody na wystąpienie przez nas do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, w szczególności do lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują nad Ubezpieczonym opiekę po Wypadku lub Poważnym zachorowaniu, w celu weryfikacji informacji o stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) oraz w celu ustalenia praw do świadczenia z tytułu zawartej Umowy i wysokości tego świadczenia.
110. Możemy uzyskać odpłatnie od Narodowego Funduszu Zdrowia dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili Ubezpieczonemu świadczeń opieki zdrowotnej w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym. Abyśmy mogli wystąpić o te informacje, potrzebujemy zgody Ubezpieczonego.
111. Gdy dojdzie do Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony powinien udokumentować wysokość poniesionych przez siebie kosztów leczenia. Zwrócimy je na podstawie przedstawionych przez niego imiennych rachunków lub dowodów ich zapłaty w Polsce. Koszty te muszą być skutkiem Wypadku objętego ochroną na podstawie tej Umowy.
112. Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wydarzyły się poza granicami Polski, Ubezpieczony może nam potwierdzić dostarczając dokumentację medyczną w języku angielskim lub w języku obowiązującym w państwie, w którym wydarzył się Wypadek.

Zasady ustalania i wypłaty świadczeń

113. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową:
- informujemy o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego (jeżeli to nie oni wystąpili z tym zawiadomieniem), oraz
 - podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności zdarzenia, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości 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. Zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również spadkobierca Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z Umowy.
115. Świadczenia wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dotychczas wskazanym przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
116. W celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości świadczenia w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym możemy zwrócić się do Ubezpieczonego o to, by poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych). Badania te przeprowadzi na nasz koszt Lekarz Allianz.
117. Ponadto możemy zażądać złożenia zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan zdrowia Ubezpieczonego, jak również przedstawienia innych informacji niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia.
118. Ubezpieczony jest zobowiązany przekazać nam dane Placówki medycznej oraz Lekarza prowadzącego, pod opieką którego pozostawał przed wystąpieniem Poważnego zachorowania.
119. Reguły opisanych w punktach 113 i 114 nie stosujemy do Zdarzeń ubezpieczeniowych w ramach ubezpieczeń, o których mowa w dziale II w grupach 2 i 18 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, jeżeli świadczenie spełniliśmy bezpośrednio po zgłoszeniu nam Zdarzenia ubezpieczeniowego lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
120. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
121. Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli – przy zachowaniu należytej staranności – 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 będziemy mogli te okoliczności wyjaśnić.
122. Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
123. Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w Umowie, poinformujemy pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
124. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu poinformujemy pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego (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

125. Świadczenie należne z tytułu Umowy, z wyłączeniem świadczeń z tytułu śmierci Ubezpieczonego, przysługuje Ubezpieczonemu.
126. Ubezpieczony może wskazać jednego lub większą liczbę Uposażonych jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
127. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonego, świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego przysługuje osobom bliskim Ubezpieczonego według następującej kolejności:
- współmążzonek,
 - dzieci w równych częściach (gdy nie ma współmążzonka),
 - rodzice w równych częściach (gdy nie ma dzieci i współmążzonka),
 - rodzeństwo w równych częściach (gdy nie ma rodziców, dzieci i współmążzonka),
 - dalsi w kolejności spadkobiercy ustawowi (gdy nie ma osób wymienionych powyżej).

2.5. JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

W tej części informujemy o składce oraz o sposobie zawarcia i rozwiązania Umowy, a także przystąpienia do ubezpieczenia.

Opłacanie składek

128. Wysokość składki określamy na podstawie wysokości taryfy, która obowiązuje w dniu zawarcia Umowy lub aneksu do Umowy. Najważniejsze elementy, które mają wpływ na składkę, to:
- zakres ubezpieczenia,
 - wybrany pakiet ubezpieczenia,
 - okres ubezpieczenia i okresy karencji,
 - sumy ubezpieczenia i limity odpowiedzialności.
129. Wysokość składki i termin jej zapłaty określimy w Umowie na podstawie zaakceptowanej przez Ubezpieczającego oferty. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić składkę jednorazowo.
130. Składkę należy opłacić:
- przelewem bankowym, lub
 - przekazem pocztowym, lub
 - gotówką.
131. Za datę wpłaty przyjmujemy datę zlecenia przelewu w banku, nadania przekazu lub zapłacenia składki naszemu agentowi uprawnionemu przez nas do pobierania składki.
132. Jeżeli Ubezpieczający zapłaci kwotę niższą niż to wynika z Umowy, uznamy, że składka nie została opłacona.
133. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed końcem okresu, na który jest zawarta Umowa, Ubezpieczający ma prawo do zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

134. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki, gdy odstąpi od Umowy. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia jednak Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
135. Wysokość składki do zwrotu ustalamy proporcjonalnie do niewykorzystanego Okresu ubezpieczenia.
136. Jeżeli dojdzie do ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zarówno my, jak i Ubezpieczający możemy zażądać zmiany wysokości składki od momentu, w którym wystąpiła ta okoliczność, ale nie wcześniej niż od początku bieżącego Okresu ubezpieczenia. Jeżeli z takim żądaniem wystąpi jedna ze stron Umowy, druga strona może ją wypowiedzieć w ciągu 14 dni ze skutkiem natychmiastowym.

Początek ochrony ubezpieczeniowej

137. O ile w Umowie nie zostanie wskazane inaczej, świadczona przez nas ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu wskazanym w Umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy

138. Umowę zawieramy na czas oznaczony jednego roku, chyba że wspólnie z Ubezpieczającym ustalimy krótszy czas.
139. Umowa jest zawierana przy jednoczesnej obecności obu stron, to znaczy Ubezpieczającego oraz naszego przedstawiciela.
140. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu o.w.u. oraz niezbędnych formularzy i innych dokumentów zawierających warunki oferowanego ubezpieczenia. Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym przystąpieniem do Umowy (na piśmie lub – za ich zgodą – za pomocą innego trwałego nośnika) informacje:
- o postanowieniach określających przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń, a także
 - o postanowieniach określających ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające nas do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia, a także
 - o ich obowiązkach wynikających z Umowy.
141. Zawarcie Umowy następuje na skutek zaakceptowania przez Ubezpieczającego oferty Umowy złożonej przez naszego przedstawiciela. Oferta ta powinna być przygotowana z uwzględnieniem potrzeb i oczekiwań Ubezpieczającego dotyczących ochrony ubezpieczeniowej.
142. Przy zawarciu z nami Umowy Ubezpieczający może wybrać, czy ochrona ubezpieczeniowa ma obejmować oznaczone imiennie osoby fizyczne (Umowa w formie imiennej), czy osoby fizyczne nie wskazane imiennie w Umowie (Umowa w formie bezimiennej).
143. Minimalna liczba Ubezpieczonych w Umowie wynosi 5.
144. W przypadku Umowy w formie imiennej:
- 144.1. Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać nam listę osób przystępujących do ubezpieczenia w terminie do 60 dni od daty rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia;
- 144.2. ochroną ubezpieczeniową są objęte osoby znajdujące się na przekazanej nam liście Ubezpieczonych;
- 144.3. każda osoba, która chce zostać objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy deklaruje przystąpienie do ubezpieczenia w ramach jednego z wybranych przez Ubezpieczającego pakietów.
145. W przypadku Umowy w formie bezimiennej:
- 145.1. ochroną ubezpieczeniową zostaną objęte wszystkie osoby, które należą do określonej w Umowie grupy osób;
- 145.2. Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać nam w ciągu 30 dni od rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia informację o liczbie osób należących do grupy obejmowanej przez nas ochroną ubezpieczeniową na dzień zawarcia Umowy;
- 145.3. w okresie obowiązywania Umowy wszystkie osoby nowopryjęte do określonej w Umowie grupy Ubezpieczonych są automatycznie objęte ochroną ubezpieczeniową od dnia takiego przyjęcia, bez konieczności opłacenia dodatkowej składki, pod warunkiem że do ubezpieczenia nie przystąpi więcej niż 10% początkowej liczby Ubezpieczonych;
- 145.4. jeżeli liczebność grupy nie zmienia się w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia o więcej niż 10% początkowej liczby Ubezpieczonych, Ubezpieczający nie ma obowiązku informowania nas o tym;
- 145.5. w przypadku przystąpienia lub wystąpienia z Umowy w formie bezimiennej więcej niż 10% początkowej liczby Ubezpieczonych, Ubezpieczający powinien zawiadomić nas o tym – w takim przypadku składka za osoby przystępujące oraz występujące zostanie rozliczona na koniec Okresu ubezpieczenia;
- 145.6. rodzaje świadczeń oraz Sumy ubezpieczenia są jednakowe w odniesieniu do wszystkich Ubezpieczonych w danej grupie objętej ubezpieczeniem.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

146. Nasza odpowiedzialność kończy się:
- 146.1. z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia;
- 146.2. z dniem odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy;
- 146.3. z dniem wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego lub przez nas w sytuacjach, o których mowa w tych o.w.u.;
- 146.4. względem danego Ubezpiezonego, z chwilą jego śmierci.

Odstąpienie od Umowy

147. Jeżeli Umowa jest zawarta na dłużej niż 6 miesięcy, Ubezpieczający może odstąpić od niej w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, może to zrobić w ciągu 7 dni od zawarcia Umowy.
148. Jeżeli Ubezpieczający jest konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia Umowy nie poinformowaliśmy go o prawie do odstąpienia od Umowy, termin 30 dni na odstąpienie od Umowy jest liczony od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
149. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym zapewnialiśmy ochronę ubezpieczeniową.

Wypowiedzenie Umowy

150. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca po miesiącu, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy.

Jak złożyć reklamację

151. Reklamację na nasze usługi można złożyć w każdej naszej jednostce lub w siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Można to zrobić:
- 151.1. w formie pisemnej – dostarczyć osobiście, przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe lub za pośrednictwem kuriera lub gońca lub postańca;
- 151.2. ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce lub w naszej siedzibie;
- 151.3. elektronicznie – przy użyciu formularza pobranego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
152. Postępowaniem reklamacyjnym zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
153. Rozpatrzymy reklamację i odpowiemy na nią niezwłocznie w ciągu 30 dni od dnia, w którym ją otrzymamy. Do zachowania terminu wystarczą wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. W takiej sytuacji informujemy osobę, która złożyła reklamację, kiedy otrzyma na nią odpowiedź, jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć reklamację.
154. Odpowiemy na reklamację w formie papierowego listu lub na innym trwałym nośniku. E-mailem odpowiadamy na reklamację wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
155. Szczegółowe informacje o tym, jak rozpatrujemy reklamację, udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach.

Jak inaczej można rozwiązać spór

156. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
157. Mamy obowiązek uczestniczyć w postępowaniu pozasądowym, które prowadzone jest przed Rzecznikiem Finansowym. Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl.
158. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego (KNF).

Obowiązujące przepisy prawa

159. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w Umowie lub w tych o.w.u., zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego i inne przepisy prawa polskiego.
160. W relacjach wynikających z tych o.w.u. stosujemy język polski.

Właściwość sądów

161. Pozew, który dotyczy Umowy lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
 - 161.1. właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego;
 - 161.2. właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy;
 - 161.3. właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy.

2.6. DEFINICJE

W tym rozdziale wyjaśniamy pojęcia, których używamy w tych o.w.u.

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

Choroba psychiczna – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (F00-F99)

Ekspertyza – opinia związana z diagnozą, stanem zdrowia oraz leczeniem Ubezpieczonego, sporządzona przez lekarza konsultanta w ramach powtórnej opinii medycznej, w oparciu o dokumentację medyczną dostarczoną przez Ubezpieczonego

Katastrofa naturalna – zdarzenie związane z działaniem sił natury, powodujące rozległe zmiany środowiska i wywołane przez czynniki naturalne: wstrząsy sejsmiczne, wybuchy wulkanów, pożary, susze, powodzie, huragany, fale tsunami, zjawiska lodowe na rzekach, morzach, jeziorach i innych zbiornikach wodnych, osuwiska ziemi

Lekarz Allianz – lekarz, działający na nasze zlecenie, upoważniony do występowania do Placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, do weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz do przeprowadzania badań lekarskich, przygotowania opinii lekarskich oraz ekspertyz lekarskich

Lekarz prowadzący – lekarz udzielający świadczeń medycznych Ubezpieczonemu po Wypadku lub w związku z Poważnym zachorowaniem, niebędący Lekarzem Allianz

Lekarz konsultant – wskazany przez nas lekarz, świadczący usługi medyczne poza Polską, posiadający specjalizację w leczeniu Poważnego zachorowania mającego być przedmiotem Ekspertyzy

Miejsce zamieszkania – adres posesji, budynku lub lokalu w Polsce wskazany jako miejsce stałego zamieszkania Ubezpieczonego podczas zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego

Nagle zachorowanie – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrożający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, który wymaga natychmiastowej porady lekarskiej oraz leczenia szpitalnego

Okres karencji – wyłączenie naszej odpowiedzialności z tytułu powtórnej opinii medycznej, Poważnego zachorowania oraz Świadczenia asystance – pomoc w chorobie w okresie 30 dni od daty rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia. Okresu karencji nie stosujemy w przypadku zawarcia Umowy na kolejny Okres ubezpieczenia.

Okres ubezpieczenia – ustalony w Umowie czas trwania świadczonej przez nas ochrony ubezpieczeniowej – dla poszczególnych Ubezpieczonych okres ten liczony jest od dnia rozpoczęcia świadczenia im ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy

Opiekun – osoba, która faktycznie sprawuje opiekę nad Ubezpieczonym w trakcie jego pobytu w Szpitalu po Wypadku

Placówka medyczna – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Polisa – wystawiany przez nas Ubezpieczającemu dokument, potwierdzający zawarcie Umowy

Polska – Rzeczpospolita Polska

Poważne zachorowanie – zdiagnozowane u Ubezpieczonego w Okresie Ubezpieczenia schorzenie, wymienione w Katalogu Poważnych zachorowań, który stanowi załącznik nr 3 do tych o.w.u.

Rodzic Ubezpieczonego Dziecka – osoba posiadająca władzę rodzicielską nad Ubezpieczonym lub ustanowiony przez sąd opiekun Ubezpieczonego – w przypadku pełnoletnich Ubezpieczonych, za Rodzica Ubezpieczonego Dziecka uważa się osobę, która spełniała wobec Ubezpieczonego warunki, o których mowa w zdaniu poprzednim na dzień osiągnięcia przez tego Ubezpieczonego pełnoletności

Siła wyższa – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków

Sporty wysokiego ryzyka – sporty motorowe i motorowodne, sporty powietrzne, szybownictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, lotnictwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, heliskiing, heliboarding, uczestnictwo w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi (pustynia, góry powyżej 4000 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego), downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach lub desce snowboardowej, jazda na nartach lub desce snowboardowej poza wyznaczonymi trasami, zjazdy ekstremalne, kajakerstwo górskie, rafting

Sprzęt rehabilitacyjny – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający lub ułatwiający samodzielne funkcjonowanie Ubezpieczonemu: piłki, taśmy i wataki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kotnierze, rowerki rehabilitacyjne, wataki, półwataki, kliny, kostki do rehabilitacji, dyski korekcyjne (w tym sensomotoryczne), ciężarki do rehabilitacji, maty rehabilitacyjne, lekki gips, poduszki ortopedyczne (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaski żebrowe, pasy stabilizujące, mostki, pasy przepuklinowe

Suma ubezpieczenia – wynikająca z Umowy wartość, która jest podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy wypłaconego w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w Umowie

Szpital – placówka opieki zdrowotnej w Polsce, która udziela całodobowej opieki w zakresie leczenia i diagnostyki, które nie mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych, za pomocą zatrudnionego personelu posiadającego uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki i lekarza

Ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna, albo jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawiera z nami Umowę i zobowiązana jest opłacić składkę ubezpieczeniową

Ubezpieczony/Ubezpieczone Dziecko – osoba fizyczna, na rachunek której Ubezpieczający zawarł Umowę – Ubezpieczonym może być osoba, która w momencie objęcia ochroną na podstawie Umowy nie ukończyła 25. roku życia

Udar mózgu – nagłe uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia (wynacynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego) – przez udar mózgu rozumie się również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego

Umowa – umowa grupowego ubezpieczenia „Strefa NNW szkolne” zawierana pomiędzy nami a Ubezpieczającym na podstawie tych o.w.u.

Uposażony – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, która w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku otrzyma od nas świadczenie – Ubezpieczony w czasie trwania Umowy może zmienić Uposażonego lub Uposażonych (Jeżeli suma wskazań procentowych Uposażonych nie jest równa 100, przyjmujemy, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych przez Ubezpieczonego)

Uszczerbek na zdrowiu – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia przez Ubezpieczonego, które powodują upośledzenie czynności organizmu Ubezpieczonego, wskazane w Tabeli norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku (Załącznik nr 1 do tych o.w.u.), będące wynikiem Wypadku

Wstrząśnienie mózgu – odwracalne zaburzenie czynności pnia mózgu w wyniku Wypadku, bez uchwytnych zmian anatomicznych, cechujące się krótkotrwałą utratą świadomości i niepamięcią wsteczną rozpoznane przez lekarza, którego wystąpienie potwierdzone jest w dokumentacji medycznej

Wyczynowe uprawianie sportu – udział w zawodach sportowych, imprezach, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w celu uzyskania w drodze współzawodnictwa sportowego maksymalnych wyników, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu.

Wyłączenia ogólne – zdarzenia lub sytuacje, w których nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej, opisane w punkcie 2.2. tych o.w.u.

Wypadek – gwałtowne zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:

- jest niezależne od woli Ubezpieczonego
- powstało bezpośrednio i wyłącznie z przyczyn zewnętrznych i losowych
- powstało w Okresie ubezpieczenia
- było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego

Zawar serca – martwica w obrębie serca spowodowana jego niedokrwieniem

Zawodowe uprawianie sportu – uprawianie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej uprawniającej 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 – zdarzenie objęte naszą odpowiedzialnością zgodnie z postanowieniami tych o.w.u. w zależności od zakresu ochrony ubezpieczeniowej ustalonego w Umowie

W tych o.w.u. posługujemy się skrótowymi nazwami następujących ustaw:

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz.U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) – używamy skrótu: kodeks cywilny,
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks Postępowania Cywilnego (Dz.U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.) – używamy skrótu: kodeks postępowania cywilnego,
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. Nr 35, poz. 230 z późn. zm.) – używamy skrótu: ustawa o wychowaniu w trzeźwości,
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. nr 98, poz. 602) – używamy skrótu: prawo o ruchu drogowym,
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.) – używamy skrótu: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii,
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 112, poz. 654 z późn. zm.) – używamy skrótu: ustawa o działalności leczniczej,
- Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo Pocztowe (Dz.U. z 2018 r. poz. 2188 z późn. zm.) – używamy skrótu: ustawa prawo pocztowe,
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1844 z późn. zm.) – używamy skrótu: ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia „Strefa NNW szkolne” zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TUIR Allianz S.A. nr 53/2019 z dnia 28 maja 2019 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 7 czerwca 2019 r.

MATTHIAS BALTIN
WICEPREZES ZARZĄDU

RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ KULIK
WICEPREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ KRAWIEC
CZŁONEK ZARZĄDU

TABELA NORM OCENY STOPNIA USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU WYPADKU

Gdy Ubezpieczony dozna Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku, ocenimy stopień uszkodzenia jego ciała w oparciu o poniższą tabelę. Za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia.

- Jeżeli w wyniku Wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopnie Uszczerbku na zdrowiu sumują się, maksymalnie jednak do wartości 100%.
- Nie sumuje się Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku w postaci złamania i utraty tej samej kończyny oraz utraty i uszkodzenia narządu.

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku	Procent uszczerbku	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku	Procent uszczerbku		
Oparzenia/odmrożenia (II i III stopnia)	1. oparzenia/odmrożenia obejmujące 5 – 15% powierzchni ciała	10	Złamania		
	2. oparzenia/odmrożenia obejmujące 16 – 30% powierzchni ciała	25			
	3. oparzenia/odmrożenia obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	45			
Całkowita utrata zmysłów wzroku/słuchu/węchu/smaku	4. gałki ocznej lub wzroku w jednym oku	30		33. 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 przekrętarzowe)	
	5. obu gałek ocznych lub wzroku w obydwu oczach	100		a) leczone ambulatoryjnie	5
	6. słuchu w jednym uchu	30		b) leczone operacyjnie	10
	7. słuchu w obu uszach	60		34. złamania kości ramiennej/ łokciowej/ promieniowej/ topatki/ udowej/ piszczelowej/ strzałkowej	4
	8. węchu	10		a) leczone ambulatoryjnie	8
	9. języka	50		b) leczone operacyjnie	15
Uszkodzenie nerwu	10. uszkodzenie dużego nerwu kończyny górnej – pośrodkowego, łokciowego lub promieniowego	5		35. złamania kości podstawy i sklepienia czaszki	15
	11. uszkodzenie dużego nerwu kończyny dolnej – udowego, kulszowe, strzałkowego wspólnego, strzałkowego głębokiego lub piszczelowego	4		36. złamania kości: twarzoczaszki, żuchwy, kciuka, rzepki, kości skokowej, piętowej, talerza biodrowego, kołców biodrowych, guza kulszowego, trzonu kręgów	3
Uszczerbki narządów wewnętrznych	12. usunięcie płata płucnego	20		a) leczone ambulatoryjnie	6
	13. usunięcie śledziony	15		b) leczone operacyjnie	3
	14. usunięcie jednej nerki	20		37. złamanie palców dłoni i stóp (z wyjątkiem kciuka i wskazującego), kości śródstopia i śródreżca, nadgarstka	2
	15. usunięcie obu nerek	50		a) leczone ambulatoryjnie	4
	16. usunięcie żołądka	20		b) leczone operacyjnie	2
	17. usunięcie jelita cienkiego lub grubego lub jego fragmentu	20		38. złamania kości: żebra, obojczyka, mostka ogonowej, tonowej, kulszowej oraz wyrostka lub wyrostków kościстых i poprzecznych jednego kręgu kręgosłupa,	3
	18. usunięcie fragmentu wątroby	20		a) leczone ambulatoryjnie	6
	19. usunięcie pęcherza	20		b) leczone operacyjnie	3
Uszczerbki kończyny	20. usunięcie macicy	40		39. zwichnięcia/skręcenia w obrębie kręgosłupa szyjnego	10
	21. Uszczerbki ręki poniżej nadgarstka lub stopy	40		40. zwichnięcia w obrębie kręgosłupa piersiowego	20
	22. Uszczerbki kończyny górnej	50		41. zwichnięcia w obrębie kręgosłupa lędźwiowego	15
Uszczerbki palców (częściowa utrata oznacza utratę fragmentu kostnego)	23. Uszczerbki kończyny dolnej	50		42. zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	5
	24. całkowita utrata kciuka	20		43. zwichnięcia stawu barkowego	5
	25. częściowa utrata kciuka	10		44. zwichnięcia stawu łokciowego	8
	26. całkowita utrata palca wskazującego	10		45. zwichnięcia w obrębie stawów nadgarstka	6
	27. częściowa utrata palca wskazującego	5		46. zwichnięcia w stawie kciuka	3
	28. całkowita utrata innego palca u ręki	5		47. zwichnięcia w stawie palca wskazującego	2
	29. częściowa utrata innego palca u ręki	2		48. zwichnięcia stawu biodrowego	12
	30. całkowita utrata palucha	5		49. zwichnięcia stawu kolanowego	10
	31. częściowa utrata palucha	2		50. zwichnięcia stawu skokowego górnego	5
	32. całkowita utrata innego palca u stopy	2			

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku		Procent uszczerbku	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku		Procent uszczerbku
Zwichnięcia i skręcenia	51. zwichnięcie stawu Choparta	5	Inne urazy	77. utrata płytki paznokciowej w całości łącznie z macierzą	2
	52. zwichnięcie stawu Lisfranca	5		78. zwiadowcze otwarcie jamy brzusznej	10
	53. zwichnięcie stawu palucha	2		79. uszkodzenie płuc i optuczej z trwającą niewydolnością oddechową potwierdzoną badaniem gazometrycznym lub wentylacją mechaniczną	25
	54. zwichnięcie żuchwy	3		80. uszkodzenie serca wymagające leczenia zabiegowego	25
	55. skręcenie w obrębie kręgosłupa piersiowego	6		81. uszkodzenie zwieracza odbytu wymagające leczenia operacyjnego	20
	56. skręcenie w obrębie kręgosłupa lędźwiowego	4		82. uszkodzenie pęcherza lub cewki moczowej wymagające leczenia operacyjnego	20
	57. skręcenie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	1		83. uszkodzenie gałki ocznej wymagające leczenia operacyjnego	10
	58. skręcenie stawu barkowego	2		84. uszkodzenie przetyku wymagające leczenia operacyjnego	40
	59. skręcenie stawu łokciowego	2		85. uszkodzenie narządu wewnętrznego wymagającego leczenia operacyjnego innego niż usunięcie	10
	60. skręcenie w obrębie stawów nadgarstka	1		86. trepanacja czaszki	10
	61. skręcenie w stawie kciuka	1		87. zerwanie lub uszkodzenie ścięgien, więzadeł lub mięśni wymagające leczenia operacyjnego	2
	62. skręcenie w stawie palca wskazującego	1		88. porażenie połowicze	90
	63. skręcenie stawu biodrowego	3		89. porażenie czterokończynowe	100
	64. skręcenie stawu kolanowego	3		90. rana cięta, kłuta, szarpana, miażdżona lub rąbana wymagająca zaopatrzenia chirurgicznego	
	65. skręcenie stawu skokowego górnego	1		a) rana o długości do 6 cm w obrębie twarzy, szyi, dłoni (do 3 ran)	2
	66. skręcenie stawu Choparta	1		b) rana o długości do 6 cm w obrębie pozostałych części ciała (do 3 ran)	1
	67. skręcenie stawu Lisfranca	1		c) rana o długości powyżej 6 cm w obrębie twarzy, szyi, dłoni (do 3 ran)	4
	68. skręcenie stawu palucha	1		d) rana o długości powyżej 6 cm w obrębie pozostałych części ciała (do 3 ran)	2
Inne urazy	69. utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości		e) mnogie rany (powyżej 3 ran) w obrębie twarzy, szyi, dłoni	7	
	a) na powierzchni co najmniej 6 cm ²	30	f) mnogie rany (powyżej 3 ran) w obrębie pozostałych części ciała	4	
	b) na powierzchni od 3 do 6 cm ²	20	91. BRAK USZCZERBKU NA ZDROWIU W TABELI (Tabela nie przewiduje takiego Uszczerbku)	0	
	c) na powierzchni mniejszej niż 3 cm ²	10			
	70. utrata zębów – co najmniej 50% korony				
	a) siekacze, kły	2			
	b) pozostałe zęby za każdy ząb	1			
	71. utrata małżowiny usznej	15			
72. utrata nosa w całości	30				
73. utrata żuchwy	50				
74. utrata przącia	40				
75. utrata jednego jądra lub jajnika	20				
76. uszkodzenie krtani skutkujące koniecznością założenia na stałe rurki dotchawicznej	35				

ZABIEGI I BADANIA REALIZOWANE W ZAKRESIE PROCEDUR MEDYCZNYCH

PROCEDURY MEDYCZNE

1. 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 – żebro; jednostronne
8. Badanie radiologiczne – żebro; 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 – stawy krzyżowe – 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 – topatka; 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

2. Ultrasonografia

1. Badanie ultrasonograficzne – klatka piersiowa
2. Badanie ultrasonograficzne – jama brzuszna
3. Badanie ultrasonograficzne miednicy
4. Badanie ultrasonograficzne moszny i jej zawartości
5. Badanie ultrasonograficzne – kończyna; nienaczyniowe

3. Tomografia komputerowa

1. Tomografia komputerowa – głowa lub mózg; bez kontrastu
2. Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama albo ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; bez kontrastu
3. Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa; bez kontrastu
4. Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi; bez kontrastu
5. Tomografia komputerowa – klatka piersiowa; bez kontrastu
6. Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny; bez kontrastu
7. Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu
8. Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu
9. Tomografia komputerowa – miednica; bez kontrastu
10. Tomografia komputerowa – kończyna górna; bez kontrastu

11. Tomografia komputerowa – kończyna dolna; bez kontrastu
12. Tomografia komputerowa – jama brzuszna; bez kontrastu
13. Tomografia komputerowa – głowa lub mózg; z kontrastem
14. Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama albo ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem
15. Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa; z kontrastem
16. Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi z kontrastem
17. Tomografia komputerowa – klatka piersiowa; z kontrastem
18. Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny; z kontrastem
19. Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem
20. Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem
21. Tomografia komputerowa – miednica; z kontrastem
22. Tomografia komputerowa – kończyna górna; z kontrastem
23. Tomografia komputerowa – kończyna dolna; z kontrastem
24. Tomografia komputerowa – jama brzuszna; z kontrastem

4. 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 wartość: odcinek szyjny kręgosłupa; bez kontrastu
5. Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego wartość: odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu
6. Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego wartość: 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 wartość: odcinek szyjny kręgosłupa; z kontrastem
17. Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego wartość: odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem
18. Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego wartość: odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem
19. Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica; z kontrastem;
20. Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem
21. Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; z kontrastem
22. Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem
23. Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; z kontrastem
24. Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna; z kontrastem

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – NOWOTWORY, CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO

1.	Łagodny guz mózgu	A. Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie tkanki mózgu lub opon (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (TK) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez trepanację czaszki, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa.	B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> • nowotworów złośliwych, • guzów przysadki, • torbieli, • zmian naczyniowych, • krwiniaków, • ziarniniaków, • ropni, • guzów rdzenia.
2.	Łagodny guz rdzenia	A. Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zlokalizowana wewnątrzwardkowo, potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (TK) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez laminectomię z dostępu przedniego lub podpotylicznego, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa.	B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> • nowotworów złośliwych, • torbieli, • ziarniniaków, • ropni, • krwiniaków, • malformacji naczyniowych, • guzów zewnątrzoponowych, • guzów zlokalizowanych w obrębie kręgow, wypadnięcia krążka międzykręgowego, • zmian zwyrodnieniowych, • gruźlicy, • urazów kręgosłupa.
3.	Nowotwór	A. Nowotwór – oznacza rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w Okresie ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego zostanie pobrany w Okresie ubezpieczenia, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie nowotworu wypadła po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej.	B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje: zespołów mielodysplastycznych, nowotworów mieloproliferacyjnych (z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej), przewlekłej białaczki limfatycznej w stopniu A (wg klasyfikacji Bineta), choroby Hodgkina w pierwszym stopniu zaawansowania klinicznego (pierwszym stadium), chłoniaków w pierwszym stadium, nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych, zmian przednowotworowych, nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis), dysplazji dużego stopnia, śród-nabłonkowej neoplazji szyjkowej (CIN 1,2, 3), guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości, brodawkowego mikroraka 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.
4.	Paraliż	A. Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), powstała w przebiegu choroby. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0-1 w skali Lovetta. Stwierdzenie nieodwracalnego utraty władzy w dwóch lub więcej kończynach wymaga badania lekarza specjalisty neurologa po upływie co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia porażenia (upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w Okresie ubezpieczenia).	B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje niedowładów kończyn określonych jako stopień 2, 3 lub 4 w skali Lovetta.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – ZAKAŻENIA

1.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	A. Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wnikiem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych i prowadząca do wystąpienia trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być postawione w oparciu o wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wskazujący na bakteryjny charakter zapalenia opon i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.	
2.	Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu	A. Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) powstały wskutek zakażenia wywołanego obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi krążącej, objawiający się niewydolnością lub głęboką dysfunkcją narządów. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęta jest wyłącznie posocznica o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrych zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagająca leczenia na oddziale intensywnej opieki medycznej. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.	
3.	Zapalenie mózgu	A. Ostra choroba zapalna mózgu, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.	B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – NIEWYDOLNOŚĆ LUB ZNACZNE UPOŚLEDZENIE FUNKCJONOWANIA NARZĄDU

1.	Całkowita utrata wzroku wskutek choroby	A. Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy od jej wystąpienia (upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w Okresie ubezpieczenia). Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę okulistę.	
3.	Całkowita utrata słuchu wskutek choroby	A. Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia utrata słuchu w obu uszach wskutek choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w Okresie ubezpieczenia). Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.	
5.	Całkowita utrata mowy wskutek choroby	A. Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, 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, powstała wskutek choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy (upływ 12 miesięcy nie musi nastąpić w Okresie ubezpieczenia). Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa.	B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi.
7.	Dystrofia mięśniowa	A. Ochroną objęte są postaci: • dystrofii Duchenne'a, • dystrofii Becker'a, • obłączkowo-kończynowe. Dziedziczna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym objawiająca się osłabieniem mięśni wskutek ich degeneracji, zaniku, atrofii prowadzących do trwałych zaburzeń ich funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa i potwierdzone wynikiem biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Pierwsze rozpoznanie choroby w Okresie ubezpieczenia powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej.	
8.	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, przeciwinulinowe 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 jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.	B. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone jest kwasica ketonowa lub śpiączka ketonowa jako pierwszy objaw choroby u osoby bez ustalonego rozpoznania cukrzycy.
9.	Niewydolność nerek	A. Przewlekła niewydolność nerek spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i skutkująca mocznicą, wymagająca: • regularnych dializ przez okres co najmniej 3 miesięcy lub • przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa; kwalifikacja do przeszczepu powinna być dokonana przez lekarza specjalistę z ośrodka kwalifikującego do przeszczepienia.	
11.	Przeszczep	A. Dokonanie lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego do przeszczepu jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby (również jej części), trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca lub szpiku kostnego (przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi). Dokonanie przeszczepu lub zarejestrowanie na Krajowej Liście Oczekujących prowadzonej przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.	B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje: • nieodwracalnej schyłkowej niewydolności przeszczepianego narządu, do której doszło przed objęciem ochroną ubezpieczeniową, • przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
12.	Schyłkowa niewydolność wątroby	A. Występowanie klinicznych objawów ostrej lub przewlekłej niewydolności miększu wątroby spowodowanej marskością, będące wyrazem ciężkich zaburzeń czynności wątroby i jej niezdolności do spełnienia prawidłowych funkcji metabolicznych oraz syntezy białek. Objawy, których trwały występowanie jest konieczne do uznania roszczenia: a) utrwalona żółtaczka, b) wodobrzusze, c) encefalopatia wątrobowa.	B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.
13.	Śpiączka	A. Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe, doprowadzający do trwałego ubytku neurologicznego; oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni (upływ 60 dni nie musi nastąpić w Okresie ubezpieczenia), niezależnie od występowania ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, zawierającej ocenę stanu neurologicznego przy wypisie.	B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje: • śpiączki powstałej wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, środków chemicznych, • stanu śpiączki wywołanego lub przedłużonego sztucznie w celach terapeutycznych.

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

Zadzwoń do Twojego agenta