



Plik pobrany z serwisu www.zdrowotneplus.pl

**Porównaj oferty pakietów medycznych
różnych operatorów w jednym miejscu**

Wejdź i sprawdź na www.zdrowotneplus.pl

Jesteśmy specjalistami w branży pakietów medycznych dla firm z ponad 20-letnim doświadczeniem na rynku. Naszym Klientom doradzamy w zakresie wyboru i wdrożenia pakietów medycznych dla pracowników i członków rodzin.



ZAŁĄCZNIK NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

KATALOG ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda- cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
I.	24 GODZINNA INFORMACJA O USŁUGACH I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH DOSTĘPNYCH W RAMACH UMOWY UBEZPIECZENIA							
	Przez całą dobę Ubezpieczony za pośrednictwem Infolinii medycznej ma dostęp do telefonicznej informacji o należnych danemu Ubezpieczonemu Placówkach medycznych dostępnych w ramach Sieci placówek medycznych i Świadczeniach zdrowotnych dostępnych w ramach Wariantu ubezpieczenia, oraz o warunkach i sposobie uzyskania Świadczeń zdrowotnych na terenie całego kraju							-
II.	REZERWACJA WIZYT							
1.	Za pośrednictwem Centrum Świadczeń Medycznych							
	Przez całą dobę, 7 dni w tygodniu Centrum Świadczeń Medycznych/Infolinia Medyczna przyjmuje rezerwację Świadczeń zdrowotnych							-
2.	Zamawianie wizyt przez Internet							
	By umówić wizytę przez Internet Ubezpieczony powinien: wejść na stronę zdrowotne.allianz.pl, wybrać Placówkę medyczną i Świadczenie zdrowotne, wypełnić formularz rezerwacji online. Potwierdzenie rezerwacji wizyty zostanie przesłane SMS-em na podany numer telefonu							-
3.	Rezerwacja Świadczeń zdrowotnych bezpośrednio w Placówce medycznej							
	Ubezpieczony ma możliwość realizacji Świadczeń zdrowotnych zorganizowa-nych samodzielnie w Placówkach medycznych posiadających system EWKA							-
III.	SERWIS SMS							
	SMS potwierdzenie terminu Świadczeń zdrowotnych							-
IV.	KONSULTACJE DOSTĘPNE W RAMACH WARIANTU UBEZPIECZENIA							
1.	Opieka lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej:							
1)	internista/lekarz chorób wewnętrznych	rabat	*	*	*	*	*	65 zł
2)	lekarz rodzinny/lekarz medycyny rodzinnej	rabat	*	*	*	*	*	65 zł
3)	pediatra (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	rabat	*	*	*	*	*	65 zł
2.	Opieka specjalistyczna:							
1)	alergolog	*	rabat	*	*	*	*	75 zł
2)	angiolog	*	rabat	*	*	*	*	75 zł
3)	chirurg ogólny	*	*	*	*	*	*	75 zł
4)	chirurg dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	*	*	*	*	*	*	75 zł
5)	chirurg naczyniowy	*	rabat	*	*	*	*	75 zł
6)	dermatolog	*	*	*	*	*	*	75 zł
7)	dermatolog wenerolog	*	*	*	*	*	*	75 zł
8)	diabetolog	*	rabat	*	*	*	*	75 zł
9)	gastrolog/gastroenterolog	*	rabat	*	*	*	*	75 zł
10)	ginekolog /ginekolog-położnik	*	*	*	*	*	*	75 zł
11)	hematolog	*	rabat	*	*	*	*	75 zł
12)	hematolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	*	rabat	*	*	*	*	75 zł
13)	hepatolog	*	rabat	*	*	*	*	75 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda- cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
14)	kardiolog	•	rabat	•	•	•	•	75 zł
15)	kardiolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	•	rabat	•	•	•		75 zł
16)	laryngolog/otolaryngolog	•	•	•	•	•	•	75 zł
17)	laryngolog/otolaryngolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	•	•	•	•	•		75 zł
18)	neurolog	•	•	•	•	•	•	75 zł
19)	neurolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	•	•	•	•	•		75 zł
20)	neurochirurg	•	•	•	•	•	•	75 zł
21)	okulista	•	•	•	•	•	•	75 zł
22)	ortopeda	•	rabat	•	•	•	•	75 zł
23)	ortopeda traumatolog	•	rabat	•	•	•	•	75 zł
24)	pulmonolog	•	•	•	•	•	•	75 zł
25)	reumatolog	•	•	•	•	•	•	75 zł
26)	urolog	•	•	•	•	•	•	75 zł
27)	urolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzin- nego lub Pakietu Partnerskiego)	•	•	•	•	•		75 zł
28)	chirurg onkolog	rabat	rabat	rabat	•	•	•	75 zł
29)	endokrynolog	rabat	rabat	rabat	•	•	•	75 zł
30)	ginekolog endokrynolog	rabat	rabat	rabat	•	•	•	75 zł
31)	ginekolog onkolog	rabat	rabat	rabat	•	•	•	75 zł
32)	hipertensjolog	rabat	rabat	rabat	•	•	•	75 zł
33)	onkolog	rabat	rabat	rabat	•	•	•	75 zł
34)	onkolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	rabat	rabat	rabat	•	•		75 zł
35)	geriatra	rabat	rabat	rabat	rabat	•	•	75 zł
36)	androlog	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
37)	lekarz rehabilitant (limit – 4 konsultacje w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
38)	dietetyk	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
39)	lekarz chorób zakaźnych	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
40)	nefrolog	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
41)	proktolog	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
42)	seksuolog	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
43)	psychiatra (limit – 4 wizyty w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
44)	psychiatra dziecięcy (dla dzieci ubezpieczonych w Pakietach Rodzinnych lub Pakietach Rodzinnych; limit – 4 konsultacje w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)	rabat	rabat	rabat	rabat	•		75 zł
45)	psycholog (limit – 4 konsultacje w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
Dzieci ubezpieczone w Pakietach Rodzinnych lub Pakietach Partnerskich mogą korzystać również z porad innych specjalistów w ramach posiadanego Wariantu ubezpieczenia								

V. KONSULTACJE LEKARZA DYŻURNEGO

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refundacyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
Usługa dostępna na terenie kraju w Placówkach medycznych wskazanych za pośrednictwem Infolinii medycznej obejmująca konsultację lekarską dostępnego lekarza dyżurnego (internisty/lekarza chorób wewnętrznych, lekarza rodzinnego/medycyny rodzinnej, pediatry dla dzieci ubezpieczonych w Pakiecie Partnerskim lub Rodzinnym)		rabat	rabat	•	•	•	•	Nie podlega refundacji
VI. KONSULTACJE PROFESORSKIE I PORADA RECEPTUROWA								
1.	Porada recepturowa (bez konsultacji lekarskiej)	•	•	•	•	•	•	30 zł
2.	Konsultacja profesorska przebiegu leczenia				•	•		120 zł
3.	Konsultacja profesorska					•		120 zł
VII. WIZYTY DOMOWE								
1.	Limitowane Wizyty domowe (limit – 2 wizyty w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)			•			•	100 zł
2.	Nielimitowane Wizyty domowe				•	•		100 zł
VIII. PROWADZENIE CIĄŻY								
Obejmuje opiekę lekarza ginekologa (ginekologa-położnika), konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne dostępne dla danego Ubezpieczonego w ramach wybranego Wariantu ubezpieczenia. Badania wykonywane są na podstawie Skierowania lekarskiego		•	•	•	•	•		–
IX. SZKOŁA RODZENIA								
Allianz Życie zapewnia zwrot kosztów uczestnictwa Ubezpieczonego w wybranej przez niego szkole rodzenia; aby uzyskać zwrot kosztów uczestnictwa w zajęciach szkoły rodzenia Ubezpieczony jest zobowiązany, niezwłocznie po zakończeniu zajęć przestać dowody poniesionych kosztów wystawione przez szkołę rodzenia, wskazujące wysokość kosztów, które Ubezpieczony poniósł						•		500 zł
X. KONSULTACYJNE ZABIEGI AMBULATORYJNE								
1. z zakresu alergologii:								
1)	odczulanie lekiem Ubezpieczonego polegające na wykonaniu serii zastrzyków w określonym przez lekarza alergologa czasie	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
2)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: kontaktowych/płatkowych (PATCH) wraz z odczytem (zestaw)	rabat	rabat	•	•	•	•	80 zł
3)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: kontaktowych/płatkowych (PATCH) – 1 alergen	rabat	rabat	•	•	•	•	5 zł
4)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK)/metodą nakłuć – panel alergenów mieszany	rabat	rabat	•	•	•	•	80 zł
5)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK)/metodą nakłuć – panel alergenów pokarmowych	rabat	rabat	•	•	•	•	80 zł
6)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK)/metodą nakłuć – panel alergenów wziewnych	rabat	rabat	•	•	•	•	80 zł
7)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK) – 1 alergen	rabat	rabat	•	•	•	•	5 zł
2. z zakresu chirurgii:								
1)	wycięcie klinowe wrastającego paznokcia	•	•	•	•	•	•	90 zł
2)	leczenie zanokcicy z wycięciem klinowym paznokcia lub usunięciem płytki paznokciowej	•	•	•	•	•	•	90 zł
3)	nacinanie i drenaż ropnia skóry	•	•	•	•	•	•	50 zł
4)	nacinanie i drenaż krwaka	•	•	•	•	•	•	50 zł
5)	nacinanie i drenaż czyraka	•	•	•	•	•	•	50 zł
6)	opatrzenie drobnych urazów: rany, skręcenia, zwichnięcia	•	•	•	•	•	•	25 zł
7)	opatrzenie drobnych oparzeń i odmrożeń	•	•	•	•	•	•	25 zł
8)	proste zamknięcie powierzchownych ran	•	•	•	•	•	•	60 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refundacyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
9)	usunięcie ciała obcego, kleszcza	•	•	•	•	•	•	30 zł
10)	złożenie prostego opatrunku chirurgicznego	•	•	•	•	•	•	20 zł
11)	zdejmowanie szwów	•	•	•	•	•	•	25 zł
12)	zmiana prostego opatrunku i toalety rany	•	•	•	•	•	•	25 zł
13)	iniekcja dostawowa (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	rabat	rabat	•	•	•	rabat	30 zł
14)	punkcja stawów	rabat	rabat	•	•	•	rabat	30 zł
3. z zakresu dermatologii:								
1)	zeskrobiny zarażonej grzybem płytki paznokcia	•	•	•	•	•	rabat	30 zł
2)	dermatoskopia	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
4. z zakresu ginekologii:								
1)	pobranie i wykonanie standardowego wymazu cytologicznego	•	•	•	•	•	•	35 zł
2)	pobranie i wykonanie wymazu cytohormonalnego	•	•	•	•	•	•	35 zł
3)	badanie czystości pochwy – biocenoza	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	35 zł
4)	badanie KTG	rabat	rabat	rabat	rabat	•		25 zł
5)	elektrokoagulacja szyjki macicy	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	150 zł
6)	krioterapia nadżerek	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	150 zł
7)	kolposkopia	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	100 zł
5. z zakresu okulistyki:								
1)	badanie pola widzenia (perymetria)	•	•	•	•	•	•	35 zł
2)	gonioskopia (ocena kąta przesłaniania)	•	•	•	•	•	•	14 zł
3)	ptukanie dróg łzowych	•	•	•	•	•	•	50 zł
4)	badanie dna oka	•	•	•	•	•	•	10 zł
5)	badanie forii	•	•	•	•	•	•	10 zł
6)	biometria	•	•	•	•	•	•	15 zł
7)	pachymetria	•	•	•	•	•	•	20 zł
8)	badanie lampy szczelinowej	•	•	•	•	•	•	Patrz § 18 ust. 11
9)	badanie ostrości widzenia	•	•	•	•	•	•	
10)	dobór szkła okularowych	•	•	•	•	•	•	
11)	egzoftalmometria (badanie wytrzeszczu)	•	•	•	•	•	•	
12)	opatrunek oczny z lekiem	•	•	•	•	•	•	
13)	pomiar ciśnienia śródgałkowego,	•	•	•	•	•	•	
14)	refraktometria (komputerowe badanie wzroku)	•	•	•	•	•	•	
15)	skiaskopia/retinoskopia (badanie refrakcji oka)	•	•	•	•	•	•	
16)	usunięcie ciała obcego z oka/powieki	•	•	•	•	•	•	
6. z zakresu ortopedii:								
1)	wykonanie doraźnego unieruchomienia w zwichnięciach, skręceniach i drobnych złamaniach	rabat	rabat	•	•	•	•	30 zł
2)	złożenie lub zdjęcie opatrunku gipsowego (w cenie koszt opaski gipsowej)	rabat	rabat	•	•	•	•	30 zł
3)	iniekcja dostawowa (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	rabat	rabat	•	•	•	rabat	30 zł
4)	punkcje stawów	rabat	rabat	•	•	•	rabat	30 zł
7. z zakresu urologii:								

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refundacyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
1)	cewnikowanie pęcherza moczowego	*	*	*	*	*	*	25 zł
2)	ptukanie pęcherza moczowego	*	*	*	*	*	*	25 zł
3)	wymiana cewnika	*	*	*	*	*	*	25 zł
Ubezpieczony pokrywa koszty cewnika								
8. z zakresu laryngologii:								
1)	opatrunek uszny z lekiem	*	*	*	*	*	*	20 zł
2)	pędzlowanie gardła,	*	*	*	*	*	*	20 zł
3)	pędzlowanie jamy ustnej	*	*	*	*	*	*	20 zł
4)	ptukanie uszu	*	*	*	*	*	*	20 zł
5)	postępowanie zachowawcze w przypadku krwawienia z nosa (założenie gąbki spongostanowej, założenie i usunięcie tamponady przedniej nosa, koagulacja naczyń spłotu Kisselbacha)	*	*	*	*	*	*	20 zł
6)	przedmuchiwanie trąbek słuchowych	*	*	*	*	*	*	20 zł
7)	usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła	*	*	*	*	*	*	20 zł
8)	punkcje zatok	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	40 zł
9)	ptukanie zatok metodą Proteza	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	20 zł
10)	ptukanie zatok po operacji Caldwell-Luca	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	20 zł
11)	anemizacja ujścia zatok	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	20 zł
12)	paracenteza	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	20 zł
XI. AMBULATORYJNA OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA								
Na podstawie Skierowania lekarskiego Allianz Życie zapewnia następujące usługi:								
1.	iniekcje dożylnie (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	*	*	*	*	*	*	10 zł
2.	iniekcje domięśniowe (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	*	*	*	*	*	*	10 zł
3.	iniekcje podskórne (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	*	*	*	*	*	*	10 zł
4.	iniekcje śródskórne (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	*	*	*	*	*	*	10 zł
5.	pomiar ciśnienia tętniczego	*	*	*	*	*	*	5 zł
6.	próba uczuleniowa na lek	*	*	*	*	*	*	10 zł
7.	podłączenie wlewu dożylnego/kroplowego (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków, płynów)	*	*	*	*	*	*	20 zł
8.	zmiana prostego opatrunku i toaleta rany	*	*	*	*	*	*	25 zł
9.	lewatywa	*	*	*	*	*	*	20 zł
10.	inhalacje (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	15 zł
XII. DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA (wykonywana na podstawie Skierowania lekarskiego)								
1. Badania biochemiczne z krwi (pobranie krwi w cenie badania):								
1)	amylaza/diastaza (AMY)	*	*	*	*	*	*	8 zł
2)	azot mocznikowy (BUN)	*	*	*	*	*	*	6 zł
3)	białko catkowite (BCA)	*	*	*	*	*	*	7 zł
4)	białko catkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram)	*	*	*	*	*	*	19 zł
5)	bilirubina catkowita (BILC/BIL total)	*	*	*	*	*	*	7 zł
6)	bilirubina bezpośrednia /sprzężona/związana (BILB/BIL direct)	*	*	*	*	*	*	7 zł
7)	bilirubina pośrednia/wolna	*	*	*	*	*	*	7 zł
8)	chlorki	*	*	*	*	*	*	7 zł

	Wariant ubezpieczenia						Cennik refundacyjny
	Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
9) czynnik reumatoidalny ilościowy	*	*	*	*	*	*	11 zł
10) czynnik reumatoidalny (RF) lateksowy/jakościowy	*	*	*	*	*	*	11 zł
11) dehydrogenaza mleczanowa (LDH/LD)	*	*	*	*	*	*	10 zł
12) fosfataza alkaliczna/zasadowa (ALP/ALK)	*	*	*	*	*	*	7 zł
13) fosfataza kwaśna catkowita (ACP)	*	*	*	*	*	*	10 zł
14) fosfataza kwaśna sterczowa (PAP)	*	*	*	*	*	*	13 zł
15) fosfor (P)/fosforan nieorganiczny	*	*	*	*	*	*	6 zł
16) USR	*	*	*	*	*	*	11 zł
17) VDRL	*	*	*	*	*	*	11 zł
18) albumina (ALB)	*	*	*	*	*	*	7 zł
19) aminotransferaza alaninowa (AIAT/ALT/GPT)	rabat	*	*	*	*	*	7 zł
20) aminotransferaza asparaginowa (AspAT/AST/GOT)	rabat	*	*	*	*	*	7 zł
21) białko C-reaktywne (CRP/hs-CRP) – ilościowo	rabat	*	*	*	*	*	14 zł
22) białko C-reaktywne (CRP/hs-CRP) – jakościowo	rabat	*	*	*	*	*	14 zł
23) białko C-reaktywne – test paskowy	rabat	*	*	*	*	*	6 zł
24) gamma glutamylotranferaza/glutamylotraspeptydaza (GGTP/GGT)	rabat	*	*	*	*	*	9 zł
25) glukoza na czczo	rabat	*	*	*	*	*	6 zł
26) glukoza badanie glukometrem	rabat	*	*	*	*	*	5 zł
27) jonogram: sód (Na) i potas (K)	rabat	*	*	*	*	*	14 zł
28) jonogram: sód (Na), potas (K), chlorki	rabat	*	*	*	*	*	20 zł
29) kreatynina /klirens kreatyniny (GFR)	rabat	*	*	*	*	*	7 zł
30) mocznik	rabat	*	*	*	*	*	7 zł
31) potas (K),	rabat	*	*	*	*	*	7 zł
32) próby wątrobowe (ALAT/ALT/GPT, AspAT/AST/GOT),	rabat	*	*	*	*	*	14 zł
33) sód (Na)	rabat	*	*	*	*	*	7 zł
34) kinaza fosfokreatynowa/kreatynowa (CK/CPK)	rabat	*	*	*	*	*	12 zł
35) kinaza fosfokreatynowa izoenzym (CKMB) – mass	rabat	*	*	*	*	*	22 zł
36) kinaza fosfokreatynowa izoenzym (CKMB) – aktywność	rabat	*	*	*	*	*	22 zł
37) kwas moczowy	rabat	*	*	*	*	*	7 zł
38) magnez (Mg)	rabat	*	*	*	*	*	7 zł
39) wapń catkowity (Ca)	rabat	*	*	*	*	*	7 zł
40) wapń zjonizowany	rabat	*	*	*	*	*	7 zł
41) ceruloplazmina	rabat	rabat	rabat	*	*	*	35 zł
42) homocysteina	rabat	rabat	rabat	*	*	*	55 zł
43) lipaza	rabat	rabat	rabat	*	*	*	13 zł
44) Alfa 1 – antytrypsyna	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	40 zł
45) Alfa 1 – kwaśna glikoproteina	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	30 zł
46) amoniak	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	20 zł
47) białko C (PC), aktywność	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	50 zł
48) białko S	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	60 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda- cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
49)	cholinesteraza (CHE)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	15 zł
50)	cynk (Zn)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
51)	cystatyna C	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	60 zł
52)	dopełniacz – składowa C3	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	39 zł
53)	dopełniacz – składowa C4	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	39 zł
54)	miedź	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
55)	prokalcytonina (PCT) – półilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	80 zł
56)	prokalcytonina (PCT) – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	80 zł
2. Diagnostyka miażdżycy – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):								
1)	cholesterol – badanie paskowe	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
2)	cholesterol całkowity (CHOL)	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
3)	cholesterol HDL	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
4)	cholesterol LDL	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
5)	lipidogram (TC, HDL, LDL, TRG/TG)	rabat	•	•	•	•	•	26 zł
6)	triglicerydy (TRIG/TG)	rabat	•	•	•	•	•	8 zł
7)	lipoproteina A	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
8)	lipoproteina X	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
3. Diagnostyka chorób tarczycy – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):								
1)	hormon tyreotropowy (TSH)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	20 zł
2)	trójjodotyronina całkowita (TT3)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	19 zł
3)	trójjodotyronina wolna (FT3)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	22 zł
4)	tyroksyna całkowita (TT4)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	19 zł
5)	tyroksyna wolna (FT4)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	22 zł
6)	przeciwciała anty TPO (przeciw peroksydazie tarczycowej)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	38 zł
7)	przeciwciała anty TG (przeciw tyreoglobulinie)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	38 zł
4. Diagnostyka cukrzycy – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):								
1)	glukoza/cukier na czczo	rabat	•	•	•	•	•	6 zł
2)	glukoza po obciążeniu/krzywa glukozowa – 50 g	rabat	rabat	•	•	•	•	13 zł
3)	glukoza po obciążeniu/krzywa glukozowa – 75 g	rabat	rabat	•	•	•	•	13 zł
4)	hemoglobina glikowana/glikozylowana (HbA1c)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	25 zł
5)	c-peptyd	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
6)	fruktozamina/ izoglukozamina	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	10 zł
7)	insulina	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
8)	insulina po posiłku	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
5. Diagnostyka choroby wieńcowej – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):								
1)	troponina I	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
2)	troponina T	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
6. Diagnostyka niedokrwistości (anemii) – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):								
1)	żelazo (Fe)	•	•	•	•	•	•	8 zł
2)	żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)	rabat	•	•	•	•	•	13 zł

		Wariant ubezpieczenia					Cennik refundacyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	
3)	transferyna	rabat	*	*	*	*	25 zł
4)	kwask foliowy	rabat	rabat	rabat	*	*	31 zł
5)	ferrytyna	rabat	rabat	rabat	rabat	*	30 zł
6)	witamina B12 (cyjanokobalamina)	rabat	rabat	rabat	rabat	*	32 zł
7)	żelazo – krzywa wchłaniania	rabat	rabat	rabat	rabat	*	25 zł
7. Diagnostyka osteoporozy i zaburzeń kostnych – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):							
1)	parathormon (intact)	rabat	rabat	*	*	*	38 zł
2)	C-telopeptyd kolagenu typu I (ICTP)	rabat	rabat	rabat	rabat	*	60 zł
3)	kalcytonina	rabat	rabat	rabat	rabat	*	50 zł
4)	osteokalcyna	rabat	rabat	rabat	rabat	*	45 zł
8. Markery nowotworowe – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):							
1)	alfa-fetoproteina (AFP)	rabat	rabat	rabat	*	*	31 zł
2)	antygen CA 125 (CA 125)	rabat	rabat	rabat	*	*	38 zł
3)	antygen CA 15-3 (15-3)	rabat	rabat	rabat	*	*	38 zł
4)	antygen CA 19-9 (CA 19-9)	rabat	rabat	rabat	*	*	38 zł
5)	antygen karcynoembrionalny/rakowozarodkowy (CEA)	rabat	rabat	rabat	*	*	31 zł
6)	antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity)	rabat	rabat	rabat	*	*	31 zł
7)	antygen swoisty dla stercza (PSA wolny)	rabat	rabat	rabat	*	*	38 zł
8)	antygen polipeptydowy swoisty (TPS)	rabat	rabat	rabat	rabat	*	50 zł
9)	antygen polipeptydowy (TPA)	rabat	rabat	rabat	rabat	*	70 zł
10)	gonadotropina kosmówkowa (wolne beta – HCG)	rabat	rabat	*	*	*	30 zł
9. Toksykologia – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):							
1)	barbiturany w surowicy – jakościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	*	40 zł
2)	digoksyna – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	*	40 zł
3)	fenytoina – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	*	45 zł
4)	kwask walproinowy – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	*	40 zł
5)	karbamazepina – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	*	40 zł
6)	kwasky żółciowe całkowite – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	*	45 zł
7)	lit (Li) – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	*	15 zł
8)	salicylany – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	*	45 zł
9)	teofilina – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	*	45 zł
10. Badania hematologiczne z krwi (pobranie krwi w cenie badania):							
1)	grupa krwi	*	*	*	*	*	25 zł
2)	czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	rabat	*	*	*	*	9 zł
3)	czas krwawienia	rabat	*	*	*	*	7 zł
4)	czas krzepnięcia	rabat	*	*	*	*	7 zł
5)	czas krwawienia i krzepnięcia	rabat	*	*	*	*	9 zł
6)	czas trombinowy (TT)	rabat	*	*	*	*	10 zł
7)	czas protrombinowy (PT/wskaźnik Quick/INR)	rabat	*	*	*	*	10 zł
8)	fibrinogen (czynnik krzepnięcia I)	rabat	*	*	*	*	11 zł
9)	koagulogram (PT, APTT, fibrinogen, czas trombinowy)	rabat	*	*	*	*	35 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refundacyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
10)	morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC), płytki krwi	rabat	•	•	•	•	•	10 zł
11)	morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC), płytki krwi – automatyczne zliczanie odsetek leukocytów	rabat	•	•	•	•	•	10 zł
12)	morfologia krwi obwodowej z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów	rabat	•	•	•	•	•	10 zł
13)	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB – odczyn Biernackiego)	rabat	•	•	•	•	•	5 zł
14)	płytki krwi	rabat	•	•	•	•	•	5 zł
15)	rozmaz krwi obwodowej	rabat	•	•	•	•	•	10 zł
16)	retikulocyty	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
17)	antytrambina III (AT III)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	38 zł
18)	badanie przeglądowe alloprzeciwciał (anty-RH)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	24 zł
19)	bezpośredni test antyglobulinowy – odczyn Coombsa BTA	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	24 zł
20)	d-dimery – badanie ilościowe	rabat	rabat	rabat	•	•	•	40 zł
21)	pośredni test antyglobulinowy – odczyn Coombsa PTA	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	24 zł
22)	produkty degradacji fibryny i fibrynogenu(FDP)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	40 zł
23)	czynnik krzepnięcia V aktywność (proakceleryna)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
24)	czynnik krzepnięcia VII aktywność (prokonwertyna)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
25)	czynnik krzepnięcia VIII aktywność (czynnik antyhemofilowy A)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
26)	czynnik krzepnięcia IX aktywność (czynnik antyhemofilowy B)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
27)	czynnik krzepnięcia XI aktywność (czynnik Rosenthala)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
28)	czynnik krzepnięcia XII aktywność (czynnik Hagemana)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
29)	czynnik von Willerbranda	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
30)	plazminogen	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
11. Badania immunologiczne oraz diagnostyka alergii – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):								
1)	immunoglobuliny A całkowite/nieswoiste(IgA)	rabat	rabat	•	•	•	•	24 zł
2)	immunoglobuliny E całkowite/nieswoiste (IgE)	rabat	rabat	•	•	•	•	24 zł
3)	immunoglobuliny G całkowite/nieswoiste (IgG)	rabat	rabat	•	•	•	•	24 zł
4)	immunoglobuliny M całkowite/nieswoiste (IgM)	rabat	rabat	•	•	•	•	24 zł
5)	immunoglobuliny łącznie (IgG, IgA, IgM)	rabat	rabat	•	•	•	•	70 zł
12. Badania serologiczne z krwi (pobranie krwi w cenie badania):								
1)	odczyn Waaler-Rosego	•	•	•	•	•	•	14 zł
2)	odczyn Wassermann (WR)	•	•	•	•	•	•	11 zł
3)	USR	•	•	•	•	•	•	11 zł
4)	VDRL	•	•	•	•	•	•	11 zł
5)	antygen HBs (HbsAg, HBs)	rabat	•	•	•	•	•	20 zł
6)	antygen HBs – test potwierdzenia	rabat	•	•	•	•	•	25 zł
7)	antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)	rabat	•	•	•	•	•	12 zł
8)	antygen Hbe (HbeAg)	rabat	rabat	•	•	•	•	35 zł
9)	mioglobina	rabat	rabat	•	•	•	•	35 zł
10)	przeciwciała Hbe	rabat	rabat	•	•	•	•	35 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda- cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
11)	przeciwciała anty-HBc całkowite	rabat	rabat	•	•	•	•	30 zł
12)	przeciwciała anty-HBc IgG	rabat	rabat	•	•	•	•	30 zł
13)	przeciwciała anty-HBc IgM	rabat	rabat	•	•	•	•	30 zł
14)	przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV1	rabat	rabat	•	•	•	•	36 zł
15)	przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV2	rabat	rabat	•	•	•	•	36 zł
16)	przeciwciała p. cytomegalowirusowi (anty-CMV) klasy IgG	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
17)	przeciwciała p. cytomegalowirusowi (anty-CMV) klasy IgM	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
18)	przeciwciała p. HBs (anty-HBs)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
19)	przeciwciała p. HCV (anty-HCV)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	36 zł
20)	przeciwciała p. Helicobacter pylori – test ilościowy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
21)	przeciwciała p. Helicobacter pylori – test jakościowy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
22)	przeciwciała p. Toksoplazmoza gondii klasy IgG	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
23)	przeciwciała p. Toksoplazmoza gondii klasy IgM	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
24)	przeciwciała p. wirusowi różyczki Rubella klasy IgG	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
25)	przeciwciała p. wirusowi różyczki Rubella klasy IgM	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
26)	antykoagulant toczniowy	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
27)	czynnik LE	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
28)	przeciwciała anti-Sm	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	65 zł
29)	przeciwciała anti-SS-A (Ro)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	55 zł
30)	przeciwciała anti-SS-B (La)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	55 zł
31)	przeciwciała anty-Cardiolipiny IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
32)	przeciwciała anty-Cardiolipiny IgM	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
33)	przeciwciała anty-Phospholipid IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
34)	przeciwciała anty-Phospholipid IgM	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
35)	przeciwciała anty receptorom TSH	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	60 zł
36)	przeciwciała anty TG (przeciw tyreoglobulinie)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	38 zł
37)	przeciwciała anty TPO (przeciw peroksydazie tarczycowej)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	38 zł
38)	przeciwciała p. Borelioza IgG (Borrelia burgdorferi IgG)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	38 zł
39)	przeciwciała p. Borelioza IgM (Borrelia burgdorferi IgM)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	38 zł
40)	przeciwciała p. cytoplazmie ANCA (cANCA, pANCA, aANCA)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
41)	przeciwciała p. Gliadyna klasa IgA	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	55 zł
42)	przeciwciała p. Gliadyna klasa IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	55 zł
43)	przeciwciała p. Gliadyna IgA+ IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	100 zł
44)	przeciwciała p. krztuścowe (Bordetella pertusis) IgA	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
45)	przeciwciała p. krztuścowe (Bordetella pertusis) IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
46)	przeciwciała p. krztuścowe (Bordetella pertusis) IgM	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
47)	przeciwciała p. jądrowe (ANA) – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
48)	przeciwciała p. jądrowe (ANA) – jakościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
49)	przeciwciała p. Mycoplasma pneumoniae IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
50)	przeciwciała p. Mycoplasma pneumoniae IgM	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda- cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
51)	przeciwciała p. <i>Saccharomyces cerevisiae</i> (ASCA) – klasa IgA	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	60 zł
52)	przeciwciała p. <i>Saccharomyces cerevisiae</i> (ASCA) – klasa IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	60 zł
53)	przeciwciała p. toksokariozie	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
54)	przeciwciała p. wirusowi Ebsteina-Barra – EBV IgG (Mononukleozą)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
55)	przeciwciała p. wirusowi Ebsteina-Barra – EBV IgM (Mononukleozą)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
56)	przeciwciała p. <i>Yersinia enterocolitica</i> IgA	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	80 zł
57)	przeciwciała p. <i>Yersinia enterocolitica</i> IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	80 zł
58)	przeciwciała p. <i>Yersinia enterocolitica</i> IgM	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	80 zł
59)	toksoplazmoza IgG awidność	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
13. Badania hormonalne z krwi (pobranie krwi w cenie badania):								
1)	estradiol	rabat	rabat	•	•	•	rabat	24 zł
2)	estriol	rabat	rabat	•	•	•	rabat	34 zł
3)	gonadotropina kosmówkowa (total beta HCG) – próba ciążowa	rabat	rabat	•	•	•		30 zł
4)	progesteron	rabat	rabat	•	•	•	rabat	24 zł
5)	prolaktyna/laktotropina /PRL	rabat	rabat	•	•	•	•	24 zł
6)	testosteron całkowity	rabat	rabat	•	•	•	•	24 zł
7)	hormon tyreotropowy/tyreotropina (TSH)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	20 zł
8)	trójiodotyronina całkowita (TT3)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	19 zł
9)	trójiodotyronina wolna (fT3)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	22 zł
10)	tyroksyna całkowita (TT4)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	19 zł
11)	tyroksyna wolna (fT4)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	22 zł
12)	hormon folikulotropowy (FSH)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	24 zł
13)	hormon luteinizujący/lutropina (LH)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	24 zł
14)	kortyzol/glikokortykosteroid	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	30 zł
15)	tyreoglobulina (TG)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	40 zł
16)	adrenalina	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	55 zł
17)	aldosteron	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
18)	androstendion	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
19)	dehydroepiandrosteron DHEA	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
20)	esteraza acetylocholiny	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
21)	gastryna	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
22)	hormon adrenokortykotropowy (ACTH)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	25 zł
23)	hormon wzrostu / Hgh	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
24)	hormon wzrostu / hGH po obciążeniu	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
25)	siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
26)	SHBG – globulina wiążąca hormony płciowe	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
27)	testosteron wolny	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
28)	17 OH Progesteron	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	45 zł
14. Badania bakteriologiczne:								
1)	posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) kału	•	rabat	•	•	•	•	35 zł

	Wariant ubezpieczenia						Cennik refundacyjny
	Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
2) posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) krwi	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
3) posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) płwociny	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
4) posiew kału w kierunku Salmonella – Shigella	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
5) wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z cewki moczowej	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
6) wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z gardła	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
7) wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z jamy ustnej	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
8) wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z nosa	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
9) posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) moczu	rabat	rabat	•	•	•	•	35 zł
10) wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) spod napletka	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
11) wymaz i posiew ((identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z czyraka	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
12) wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z kanału szyjki macicy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
13) wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z oka	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
14) wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z pochwy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
15) wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z rany	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
16) wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z ucha	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
17) wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) ze zmiany ropnej	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
18) wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) ze zmiany skórnej	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
19) wymaz z pochwy w kierunku GBS (paciorkowca B-hemolizującego grupy B)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	35 zł
15. Badania mykologiczne w kierunku drożdży, grzybów, pleśni z antymykogramem:							
1) z cewki moczowej	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
2) z gardła	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
3) z jamy ustnej	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
4) z kału	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
5) z krwi	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
6) z płwociny	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
7) z nosa	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
8) z moczu	rabat	rabat	•	•	•	•	30 zł
9) spod napletka	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
10) z czyraka,	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
11) z kanału szyjki macicy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
12) z oka	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
13) z pochwy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
14) z rany	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
15) z ucha	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
16) ze zmiany ropnej	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
17) ze zmiany skórnej	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
16. Badania moczu:							
1) amylaza/diastaza (AMY)	•	•	•	•	•	•	8 zł
2) amylaza/diastaza z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	8 zł
3) badanie ogólne moczu	•	•	•	•	•	•	7 zł

	Wariant ubezpieczenia						Cennik refundacyjny
	Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
4) badanie ogólne moczu – badanie paskowe	*	*	*	*	*	*	7 zł
5) białko ilościowe	*	*	*	*	*	*	7 zł
6) białko z dobowej zbiórki moczu	*	*	*	*	*	*	7 zł
7) białko Bence-Jonesa metodą immunofiksacji	*	*	*	*	*	*	10 zł
8) bilirubina	*	*	*	*	*	*	7 zł
9) glukoza/cukier i ketony	*	*	*	*	*	*	7 zł
10) glukoza/cukier z dobowej zbiórki moczu	*	*	*	*	*	*	7 zł
11) urobilinogen	*	*	*	*	*	*	7 zł
12) kreatynina	*	*	*	*	*	*	7 zł
13) kreatynina z dobowej zbiórki moczu	*	*	*	*	*	*	7 zł
14) chlorki	*	*	*	*	*	*	7 zł
15) chlorki z dobowej zbiórki moczu	*	*	*	*	*	*	7 zł
16) fosfor (P)/fosforan nieorganiczny	*	*	*	*	*	*	7 zł
17) fosfor (P)/fosforan nieorganiczny z dobowej zbiórki moczu	*	*	*	*	*	*	7 zł
18) jonogram: sód (Na), potas (K)	*	*	*	*	*	*	10 zł
19) jonogram: sód (Na), potas (K), chlorki	*	*	*	*	*	*	14 zł
20) klirens kreatyniny z dobowej zbiórki moczu (GHR)	*	*	*	*	*	*	11 zł
21) kwas moczowy	*	*	*	*	*	*	7 zł
22) kwas moczowy z dobowej zbiórki moczu	*	*	*	*	*	*	7 zł
23) liczba Addisa z dobowej zbiórki moczu	*	*	*	*	*	*	13 zł
24) magnez całkowity (Mg)	*	*	*	*	*	*	7 zł
25) magnez (Mg) z dobowej zbiórki moczu	*	*	*	*	*	*	7 zł
26) mocznik	*	*	*	*	*	*	7 zł
27) mocznik z dobowej zbiórki moczu	*	*	*	*	*	*	7 zł
28) potas (K)	*	*	*	*	*	*	7 zł
29) potas (K) z dobowej zbiórki moczu	*	*	*	*	*	*	7 zł
30) sód (Na)	*	*	*	*	*	*	7 zł
31) sód (Na) z dobowej zbiórki moczu	*	*	*	*	*	*	7 zł
32) wapń całkowity (Ca)	*	*	*	*	*	*	7 zł
33) wapń z dobowej zbiórki moczu	*	*	*	*	*	*	7 zł
34) wydalanie wapnia w stosunku do kreatyniny	*	*	*	*	*	*	7 zł
35) test ciążowy/ gonadotropina kosmówkowa (HCG)	rabat	rabat	*	*	*		18 zł
36) ALA w moczu (kwas dehtaaminolewulinowy)	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	30 zł
37) aldosteron (dobowa zbiórka moczu)	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	35 zł
38) cynk	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	35 zł
39) koproporfiryna w moczu	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	40 zł
40) kwas wanilinomigdatowy (dobowa zbiórka moczu)	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	60 zł
41) pyrylinks D/kreatynina	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	60 zł
42) 17-hydroksykortykosteroidy (dobowa zbiórka moczu)	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	35 zł
43) 17-ketosterydy (dobowa zbiórka moczu)	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	35 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda- cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
17.	Badania kału:							
1)	badanie ogólne kału	•	•	•	•	•	•	13 zł
2)	cysty lamblii (ELISA)	rabat	•	•	•	•	•	27 zł
3)	jaja pasożytów	rabat	•	•	•	•	•	13 zł
4)	kał na krew utajoną (FOBT)	rabat	•	•	•	•	•	15 zł
5)	pojedyncze badanie w kierunku Shigella Salmonella	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
6)	3 krotne badanie kału w kierunku Shigella Salmonella	rabat	•	•	•	•	•	100 zł
7)	owsiki – wymaz parazytologiczny	rabat	rabat	•	•	•	•	20 zł
8)	helicobacter pylorii	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
9)	kał na resztki pokarmowe	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	10 zł
10)	kał na wolne kwasy tłuszczowe	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
11)	kał na tłuszcze obojętne	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
12)	ph kału	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	10 zł
13)	rota i adenowirusy	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
18.	Badania histopatologiczne							
1)	pobranie i ocena preparatu histopatologicznego z fragmentów tkankowych pobranych podczas badań i zabiegów ambulatoryjnych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach posiadanego Wariantu ubezpieczenia		•	•	•	•	•	55 zł
XIII.	BADANIA ENDOSKOPOWE (wykonywane na podstawie Skierowania lekarskiego)							
1.	gastroskopia/gastrofiberoskopia diagnostyczna	rabat	rabat	•	•	•	•	90 zł
2.	gastroskopia/gastrofiberoskopia z biopsją	rabat	rabat	•	•	•	•	150 zł
3.	gastroskopia/gastrofiberoskopia diagnostyczna z wykonaniem testu ureazowego	rabat	rabat	•	•	•	•	150 zł
4.	gastroduodenoskopia diagnostyczna	rabat	rabat	•	•	•	•	90 zł
5.	gastroduodenoskopia z biopsją	rabat	rabat	•	•	•	•	150 zł
6.	rektoskopia diagnostyczna	rabat	rabat	•	•	•	•	100 zł
7.	rektoskopia z biopsją	rabat	rabat	•	•	•	•	150 zł
8.	kolonoskopia diagnostyczna	rabat	rabat	rabat	•	•	•	200 zł
9.	kolonoskopia z biopsją	rabat	rabat	rabat	•	•	•	250 zł
9.	sigmoidoskopia diagnostyczna	rabat	rabat	rabat	•	•	•	150 zł
10.	sigmoidoskopia z biopsją	rabat	rabat	rabat	•	•	•	200 zł
11.	anoskopia diagnostyczna	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	80 zł
12.	anoskopia z biopsją	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	130 zł
13.	Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztu znieczulenia powierzchniowego.							
XIV.	BADANIA RADIOLOGICZNE Z OPISEM – RTG (wykonywane na podstawie Skierowania lekarskiego)							
Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztu kontrastu używanego do badań radiologicznych oraz RTG:								
1.	klatki piersiowej AP	•	•	•	•	•	•	35 zł
2.	klatki piersiowej AP i bok	•	•	•	•	•	•	50 zł
3.	klatki piersiowej bok	•	•	•	•	•	•	35 zł
4.	mostka	•	•	•	•	•	•	35 zł
5.	żeber	•	•	•	•	•	•	35 zł
6.	żeber skos	•	•	•	•	•	•	35 zł
7.	czaszki (1 projekcja)	rabat	•	•	•	•	•	35 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda- cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
8.	czaszki AP + bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
9.	czaszki celowane na siodło tureckie	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
10.	czaszki – kanały nerwów czaszkowych	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
11.	czaszki pótosiowe wg Orleya /potylicy wg Towna	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
12.	czaszki – podstawy	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
13.	celowany na szyjkę kości udowej	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
14.	dłoni/ręki(rąk) AP + bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
15.	dłoni/ręki (rąk) porównawcze	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
16.	górnego odcinka przewodu pokarmowego (badanie przetyku, żołądka i dwunastnicy)	rabat	*	*	*	*	*	60 zł
17.	jamy brzusznej – przeglądowe	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
18.	kości jarzmowych	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
19.	kości krzyżowo-ogonowej AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
20.	kości krzyżowo-ogonowej AP + bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
21.	kości krzyżowo-ogonowej bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
22.	kości nosa	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
23.	kości piętowej	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
24.	kości piętowej osiowe + bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
25.	kości piętowej osiowe	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
26.	kości piętowej bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
27.	kości piętowych	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
28.	kości podudzia AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
29.	kości podudzia bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
30.	kości podudzia AP+bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
31.	kości obu podudzi (porównawcze)	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
32.	kości ramiennej AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
33.	kości ramiennej bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
34.	kości ramiennej AP+bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
35.	kości skroniowej	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
36.	kości udowej AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
37.	kości udowej bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
38.	kości udowej AP+bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
39.	kręgosłupa – całego	rabat	*	*	*	*	*	70 zł
40.	kręgosłupa lędźwiowego AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
41.	kręgosłupa lędźwiowego AP + bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
42.	kręgosłupa lędźwiowego bok/skos	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
43.	kręgosłupa lędźwiowego czynnościowe	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
44.	kręgosłupa lędźwiowego-krzyżowego	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
45.	kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego czynnościowe	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
46.	kręgosłupa piersiowego AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
47.	kręgosłupa piersiowego bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refundacyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
48.	kręgosłupa piersiowego AP + bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
49.	kręgosłupa piersiowego czynnościowe	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
50.	kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
51.	kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego AP+bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
52.	kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
53.	kręgosłupa (skolioza)	rabat	*	*	*	*	*	70 zł
54.	kręgosłupa szyjnego AP + bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
55.	kręgosłupa szyjnego czynnościowe	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
56.	kręgosłupa szyjnego – bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
57.	kręgosłupa szyjnego skosy	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
58.	kręgosłupa szyjnego celowane na ząb obrotnika	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
59.	krtani	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
60.	łopatki AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
61.	łopatki osiowe	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
62.	łopatki AP + osiowe	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
63.	łopatek (porównawcze)	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
64.	nadgarstka celowane na kość łódeczkową	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
65.	nadgarstka AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
66.	nadgarstka AP+bok/skos	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
67.	nadgarstka bok/skos	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
68.	nadgarstków	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
69.	nosogardzieli	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
70.	obojczyka	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
71.	obojczyka porównawcze	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
72.	obu rzepek	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
73.	osiowe rzepek	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
74.	ocena wczesnych zmian reumatoidalnych rąk	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
75.	oczodołów PA	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
76.	oczodołów PA+bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
77.	okolicy tarczycy i szyi	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
78.	palca (palców) ręki	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
79.	palca (palców) stopy	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
80.	przetyku	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
81.	przedramienia AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
82.	przedramienia bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
83.	przedramienia AP + bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
84.	stawu barkowego AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
85.	stawu barkowego AP+osiowe	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
86.	stawu barkowego osiowe	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
87.	stawów barkowych	rabat	*	*	*	*	*	50 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refundacyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
88.	stawu biodrowego AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
89.	stawu biodrowego AP+osiowe	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
90.	stawu biodrowego osiowe	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
91.	stawów biodrowych	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
92.	stawu kolanowego AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
93.	stawu kolanowego bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
94.	stawu kolanowego AP + bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
95.	stawu kolanowego tunelowe	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
96.	stawów kolanowych	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
97.	stawów krzyżowo-biodrowych	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
98.	stawu łokciowego AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
99.	stawu łokciowego AP+ bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
100.	stawu łokciowego bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
101.	stawów łokciowych	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
102.	stawu mostkowo-obończykowego	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
103.	stawów mostkowo-obończykowych	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
104.	stawu skokowego AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
105.	stawu skokowego bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
106.	stawu skokowego AP + bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
107.	stawów skokowych (porównawcze)	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
108.	stawów skroniowo-żuchwowych	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
109.	stawów skroniowo-żuchwowych czynnościowe	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
110.	miednicy	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
111.	stopy AP	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
112.	stopy bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
113.	stopy AP + bok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
114.	stopy w obciążeniu	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
115.	obu stóp	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
116.	obu stóp w obciążeniu	rabat	*	*	*	*	*	50 zł
117.	ucha	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
118.	tchawicy	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
119.	twarzoczaszki	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
120.	zatok	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
121.	żuchwy (1 projekcja)	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
122.	żuchwy PA + skos	rabat	*	*	*	*	*	35 zł
123.	badanie mammograficzne	rabat	rabat	*	*	*	*	75 zł
124.	badanie mammograficzne 1 piersi po mastektomii	rabat	rabat	*	*	*	*	65 zł
125.	wlew doodbytniczy	rabat	rabat	*	*	*	*	130 zł
126.	nerek, moczowodów i pęcherza (urografia)	rabat	rabat	rabat	rabat	*	rabat	150 zł
XV. BADANIA ULTRASONOGRAFICZNE – USG (wykonywane na podstawie Skierowania lekarskiego):								

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda- cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
1.	USG – narząd rodny, narządy męskie, ciąża:							
	Łączna ilość badań (USG – narząd rodny, narządy męskie, ciąża) w 12 miesięcz- nych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)	10 badań	10 badań	10 badań	10 badań	bez limitu	10 badań	
1)	USG narządu rodnego/miednicy mniejszej (ginekologiczne) – transwaginalne	•	•	•	•	•	•	60 zł
2)	USG ocena szyjki macicy – transwaginalne	•	•	•	•	•	•	60 zł
3)	USG narządu rodnego przez powłoki brzuszne	•	•	•	•	•	•	60 zł
4)	USG prostaty/gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne	•	•	•	•	•	•	60 zł
5)	USG transrektalne (TRUS) – prostata, odbyt i odbytnica	•	•	•	•	•	•	60 zł
6)	USG płodu	•	•	•	•	•	•	60 zł
2.	USG – jama brzuszna, układ moczowy:							
1)	USG jamy brzusznej	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
2)	USG układu moczowego (ocena pęcherza moczowego i nerek)	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
3.	USG – narządu ruchu (stawy i mięśnie):							
1)	USG barku	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
2)	USG barków	rabat	•	•	•	•	•	80 zł
3)	USG stawu biodrowego	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
4)	USG stawów biodrowych	rabat	•	•	•	•	•	80 zł
5)	USG stawu skokowego	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
6)	USG stawów skokowych	rabat	•	•	•	•	•	80 zł
7)	USG stawu barkowego/ramiennego	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
8)	USG stawów barkowych/ramiennych	rabat	•	•	•	•	•	80 zł
9)	USG stawu łokciowego	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
10)	USG stawów łokciowych	rabat	•	•	•	•	•	80 zł
11)	USG stawu kolanowego	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
12)	USG stawów kolanowych	rabat	•	•	•	•	•	80 zł
13)	USG stawów żuchwowych	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
14)	USG dołów podkolanowych	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
15)	USG mięśni, tkanki podskórnej	rabat	rabat	•	•	•	•	60 zł
16)	USG ręki, stopy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
17)	USG stawów śródreżca i palców	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
18)	USG nadgarstka	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
19)	USG nadgarstków	rabat	rabat	rabat	•	•	•	100 zł
20)	USG ścięgna Achillesa	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
21)	USG śródstopia	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
4.	USG – pozostałe:							
1)	USG piersi	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
2)	biopsja cienkoigłowa piersi pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego (BAC) i jego oceną	rabat	•	•	•	•	•	100 zł
3)	USG tarczycy	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
4)	biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego i jego oceną	rabat	•	•	•	•	•	100 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refundacyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
5)	USG jąder i najądrzy	rabat	*	*	*	*	*	60 zł
6)	USG powrózka nasennego	rabat	*	*	*	*	*	60 zł
7)	USG ślinianek	rabat	rabat	*	*	*	*	60 zł
8)	biopsja cienkoigłowa ślinianek pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego i jego oceną	rabat	rabat	*	*	*	*	100 zł
9)	USG przeziemiączkowe	rabat	rabat	*	*	*		60 zł
10)	USG gałek ocznych i oczodołów	rabat	rabat	rabat	*	*	*	60 zł
11)	USG zatok	rabat	rabat	rabat	*	*	*	60 zł
12)	USG klatki piersiowej i śródpiersia	rabat	rabat	rabat	*	*	*	60 zł
13)	USG krtani	rabat	rabat	rabat	*	*	*	60 zł
14)	USG opłucnej i płuc	rabat	rabat	rabat	*	*	*	60 zł
15)	USG węzłów chłonnych szyi	rabat	rabat	rabat	*	*	*	60 zł
16)	USG węzłów chłonnych pachowych	rabat	rabat	rabat	*	*	*	60 zł
17)	USG węzłów chłonnych – wszystkich dostępnych	rabat	rabat	rabat	*	*	*	60 zł
18)	biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego i jego oceną	rabat	rabat	rabat	*	*	*	100 zł
5. USG – naczyń krwionośnych i serca:								
1)	badanie przepływu naczyniowego w aortalii i tętnicach biodrowych (Doppler)	rabat	rabat	rabat	*	*	*	80 zł
2)	badanie przepływu naczyniowego tętnic szyjnych i kręgowych (Doppler)	rabat	rabat	rabat	*	*	*	80 zł
3)	badanie przepływu naczyniowego tętnic kończyn górnych (Doppler)	rabat	rabat	rabat	*	*	*	80 zł
4)	badanie przepływu naczyniowego tętnic kończyn dolnych (Doppler)	rabat	rabat	rabat	*	*	*	80 zł
5)	badanie przepływu naczyniowego żył kończyn górnych (Doppler)	rabat	rabat	rabat	*	*	*	80 zł
6)	badanie przepływu naczyniowego żył kończyn dolnych (Doppler)	rabat	rabat	rabat	*	*	*	80 zł
7)	badanie przepływu naczyniowego żyły głównej dolnej i żyły biodrowej	rabat	rabat	rabat	*	*	*	80 zł
8)	badanie przepływu naczyniowego pnia trzewnego, tętnic kręgowych, tętnic nerkowych, aorty (Doppler)	rabat	rabat	rabat	*	*	*	80 zł
9)	badanie układu wrotnego wątroby (Doppler)	rabat	rabat	rabat	*	*	*	80 zł
10)	USG serca (ECHO serca) dorośli/dzieci	rabat	rabat	rabat	*	*	*	70 zł
XVI. TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA – TK/CT Z OPISEM (wykonywana na podstawie Skierowania lekarskiego)								
Badania diagnostyczne, wykonywane w zależności od zalecenia lekarskiego, z kontrastem lub bez kontrastu:								
1.	jamy brzusznej	rabat	rabat	*	*	*	rabat	250 zł
2.	jamy brzusznej z kontrastem	rabat	rabat	*	*	*	rabat	300 zł
3.	krtani	rabat	rabat	*	*	*	rabat	250 zł
4.	krtani z kontrastem	rabat	rabat	*	*	*	rabat	300 zł
5.	nosogardła	rabat	rabat	*	*	*	rabat	250 zł
6.	nosogardła z kontrastem	rabat	rabat	*	*	*	rabat	300 zł
7.	szczęki	rabat	rabat	*	*	*	rabat	250 zł
8.	szczęki z kontrastem	rabat	rabat	*	*	*	rabat	300 zł
9.	szyi	rabat	rabat	*	*	*	rabat	250 zł
10.	szyi z kontrastem	rabat	rabat	*	*	*	rabat	300 zł
11.	żuchwy	rabat	rabat	*	*	*	rabat	250 zł
12.	żuchwy z kontrastem	rabat	rabat	*	*	*	rabat	300 zł

		Wariant ubezpieczenia					Cennik refundacyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	
13.	badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez kontrastu	rabat	rabat	rabat	•	•	300 zł
14.	badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	350 zł
15.	badanie wielofazowe dwóch okolic anatomicznych	rabat	rabat	rabat	•	•	350 zł
16.	głowy	rabat	rabat	rabat	•	•	250 zł
17.	głowy z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	300 zł
18.	klatki piersiowej i śródpiersia	rabat	rabat	rabat	•	•	250 zł
19.	klatki piersiowej i śródpiersia z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	300 zł
20.	kręgosłupa szyjnego	rabat	rabat	rabat	•	•	250 zł
21.	kręgosłupa szyjnego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	300 zł
22.	kręgosłupa piersiowego	rabat	rabat	rabat	•	•	250 zł
23.	kręgosłupa piersiowego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	300 zł
24.	kręgosłupa lędźwiowego/lędźwiowo-krzyżowego	rabat	rabat	rabat	•	•	250 zł
25.	kręgosłupa lędźwiowego/lędźwiowo-krzyżowego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	300 zł
26.	kończyn (kości i stawów)	rabat	rabat	rabat	•	•	250 zł
27.	kończyn (kości i stawów) z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	300 zł
28.	kości skroniowej	rabat	rabat	rabat	•	•	250 zł
29.	kości skroniowej z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	300 zł
30.	miednicy	rabat	rabat	rabat	•	•	250 zł
31.	miednicy z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	300 zł
32.	oczodołów	rabat	rabat	rabat	•	•	250 zł
33.	oczodołów z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	300 zł
34.	twarzoczaszki	rabat	rabat	rabat	•	•	250 zł
35.	twarzoczaszki z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	300 zł
36.	zatok	rabat	rabat	rabat	•	•	250 zł
37.	zatok z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	300 zł
38.	TK kolonoskopia	rabat	rabat	rabat	•	•	300 zł
XVII. REZONANS MAGNETYCZNY – NMR Z OPISEM (wykonywany na podstawie Skierowania lekarskiego)							
Badania diagnostyczne, wykonywane w zależności od zalecenia lekarskiego, z kontrastem lub bez kontrastu:							
1.	jamy brzusznej	rabat	rabat	•	•	•	400 zł
2.	jamy brzusznej z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	450 zł
3.	krtani	rabat	rabat	•	•	•	400 zł
4.	krtani z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	450 zł
5.	nosogardła	rabat	rabat	•	•	•	400 zł
6.	nosogardła z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	450 zł
7.	szczęki	rabat	rabat	•	•	•	400 zł
8.	szczęki z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	450 zł
9.	szyi	rabat	rabat	•	•	•	400 zł
10.	szyi z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	450 zł
11.	żuchwy	rabat	rabat	•	•	•	400 zł
12.	żuchwy z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	450 zł
13.	głowy	rabat	rabat	rabat	•	•	400 zł

		Wariant ubezpieczenia					Cennik refunda- cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica
14.	głowy z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
15.	klatki piersiowej i śródpiersia (z wyłączeniem piersi),	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
16.	klatki piersiowej i śródpiersia z kontrastem (z wyłączeniem piersi)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
17.	kończyny dolnej	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
18.	kończyny dolnej z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
19.	kończyny górnej	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
20.	kończyny górnej z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
21.	kości (pozostałych)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
22.	kości (pozostałych z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
23.	kości skroniowej	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
24.	kości skroniowej z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
25.	kręgosłupa szyjnego	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
26.	kręgosłupa szyjnego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
27.	kręgosłupa piersiowego	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
28.	kręgosłupa piersiowego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
29.	kręgosłupa lędźwiowego/lędźwiowo-krzyżowego	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
30.	kręgosłupa lędźwiowego/lędźwiowo-krzyżowego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
31.	miednicy	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
32.	miednicy z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
33.	oczodołów	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
34.	oczodołów z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
35.	pogranicza czaszkowo szyjnego	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
36.	pogranicza czaszkowo szyjnego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
37.	przysadki	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
38.	przysadki z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
39.	stawów	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
40.	stawów z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
41.	tkanek miękkich	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
42.	tkanek miękkich z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
43.	twarzoczaszki	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
44.	twarzoczaszki z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
45.	zatok	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 400 zł
46.	zatok z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat 450 zł
XVIII. BADANIA CZYNNOŚCIOWE (wykonywane na podstawie Skierowania lekarskiego)							
1. układu krążenia:							
1)	EKG spoczynkowe	•	•	•	•	•	• 20 zł
2)	24-godzinna rejestracja EKG (badanie Holtera)	rabat	rabat	rabat	•	•	• 60 zł
3)	24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego (Holter ciśnieniowy)	rabat	rabat	rabat	•	•	• 60 zł
4)	EKG wysiłkowe	rabat	rabat	rabat	•	•	• 70 zł
5)	USG serca – dorośli/dzieci	rabat	rabat	rabat	•	•	• 70 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda- cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
2.	układu nerwowego:							
1)	EEG – encefalografia w trybie czuwania	rabat	rabat	rabat	•	•	•	70 zł
2)	EEG – encefalografia po deprywacji snu	rabat	rabat	rabat	•	•	•	70 zł
3)	EMG – elektromiografia – próba miasteniczna	rabat	rabat	rabat	•	•	•	120 zł
4)	EMG – elektromiografia – próba tężyczkowa	rabat	rabat	rabat	•	•	•	120 zł
5)	EMG – badanie cieśni kanału nadgarstka jednostronne	rabat	rabat	rabat	•	•	•	120 zł
6)	EMG – badanie cieśni kanału nadgarstka obu stron	rabat	rabat	rabat	•	•	•	160 zł
3.	narządu słuchu:							
1)	audiometria tonalna (audiogram) od 5 roku życia	rabat	rabat	•	•	•	•	25 zł
2)	audiometria impedancyjna (tympanometria)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	25 zł
4.	układu oddechowego:							
1)	spirometria bez próby rozkurczowej	•	rabat	•	•	•	•	25 zł
2)	spirometria z próbą rozkurczową	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
3)	spirometria dynamiczna	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
5.	układu ruchu:							
1)	densytometria przesiewowa (screeningowa)	rabat	rabat	•	•	•	•	60 zł
2)	densytometria – kręgosłup lędźwiowy	rabat	rabat	•	•	•	•	45 zł
3)	densytometria – szyjka kości udowej	rabat	rabat	•	•	•	•	45 zł
4)	densytometria – szyjka kości udowej + kręgosłup lędźwiowy	rabat	rabat	•	•	•	•	80 zł
XIX. SZCZEPIENIA WRAZ Z KONSULTACJĄ LEKARSKĄ PRZED SZCZEPIENIEM								
Szczepienie obejmuje: iniekcję, koszt szczepionki oraz konsultację kwalifikacyjną przed szczepieniem:								
1.	p. grypie sezonowej – 1 dawka w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
2.	podanie anatoksyny p. tężcowej (przy uszkodzeniu ciągłości skóry/błon śluzowych)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	25 zł
3.	p. WZW typu B	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
4.	p. WZW typu A	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	120 zł
5.	p. WZW typu A+B	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	120 zł
6.	p. odkleszczowemu zapaleniu opon i mózgu	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	90 zł
XX. PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA (bez Skierowania lekarskiego)								
Ubezpieczony ma możliwość korzystania z profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia dwa razy w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego. Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia obejmuje:								
1.	badania diagnostyczne:							
1)	aminotransferaza alaninowa (ALAT/ALT/GPT)		•	•	•	•	•	7 zł
2)	aminotransferaza asparaginowa (AspAT/AST/GOT)		•	•	•	•	•	7 zł
3)	morfologia krwi z rozmazem (z analizatora/rozmaz automatyczny)		•	•	•	•	•	10 zł
4)	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)		•	•	•	•	•	5 zł
5)	glukoza/cukier na czczo		•	•	•	•	•	6 zł
6)	badanie ogólne moczu		•	•	•	•	•	7 zł
7)	cholesterol całkowity (CHOL)		•	•	•	•	•	7 zł
8)	cholesterol – badanie paskowe					•		7 zł
9)	cholesterol HDL					•		7 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refundacyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
10)	cholesterol LDL					•		7 zł
11)	triglicerydy (TRIG/TG)					•		8 zł
12)	mocznik					•		7 zł
13)	kreatynina					•		7 zł
14)	pobranie i wykonanie standardowego wymazu cytologicznego (ginekologicznego)					•		35 zł
2. badania USG:								
1)	USG piersi					•		60 zł
2)	USG prostaty/gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne					•		60 zł
3. badania czynnościowe:								
	EKG spoczynkowe					•		20 zł
XXI. STOMATOLOGIA Z RABATEM								
	10% zniżka od aktualnej ceny obowiązującej w Placówce medycznej wskazanej za pośrednictwem Infolinii medycznej na stomatologiczne leczenie zachowawcze i chirurgiczne; zniżka nie dotyczy diagnostyki rentgenowskiej, leczenia ortodontycznego, protetycznego, implantologii, stomatologii estetycznej;	•	•	•	•	•	•	Nie podlega refundacji

ZAŁĄCZNIK NR 2
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA LECZENIA UBEZPIECZONEGO Z ZAKRESU REHABILITACJI

Świadczenia rehabilitacyjne	Wariant rehabilitacji	
	Rehabilitacja (limit 30)	Rehabilitacja (bez limitu)
Łączna ilość Świadczeń rehabilitacyjnych w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od początku odpowiedzialności Allianz Życie, w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, w stosunku do danego Ubezpieczonego:	30 Świadczeń rehabilitacyjnych	bez limitu
I. Kinezyterapia		
1. ćwiczenia instruktażowe	•	•
2. ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające	•	•
3. ćwiczenia indywidualne (czynne, w odciążeniu, na przyrządach, izometryczne)	•	•
4. terapia indywidualna	•	•
5. wyciąg trakcyjny	•	•
6. wyciąg tradycyjny	•	•
II. Fizykoterapia		
1. galwanizacja	•	•
2. jonoforeza	•	•
3. fonoforeza	•	•
4. elektrostymulacja	•	•
5. prądy diadynamiczne	•	•
6. prądy wielkiej częstotliwości	•	•
7. prądy niskiej częstotliwości	•	•
8. prądy TENSA	•	•
9. prądy Traberta	•	•
10. prądy Kotz'a (tzw. stymulacja rosyjska)	•	•
11. prądy interferencyjne	•	•
12. magnetoterapia	•	•
13. ultraterapia miejscowa	•	•
14. krioterapia miejscowa	•	•
15. laseroterapia	•	•
16. lampa Solux	•	•
17. masaż suchy całego kręgosłupa	•	•
18. masaż suchy częściowy	•	•
III. Ustalenie planu rehabilitacyjnego		
Konsultacja u rehabilitanta mająca na celu ustalenie planu rehabilitacyjnego o ile Skierowanie lekarskie, o którym mowa w pkt 6 ppkt a) Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji nie określa Świadczeń rehabilitacyjnych.	•	•

ZAŁĄCZNIK NR 3
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ

UBEZPIECZENIA LECZENIA UBEZPIECZONEGO Z ZAKRESU

STOMATOLOGII BEZGOTÓWKOWEJ

Świadczenia stomatologiczne	Wariant stomatologii		
	Stomatologia	Stomatologia Plus	Stomatologia profilaktyczna
I. Profilaktyczny przegląd stomatologiczny			
W ramach profilaktycznego przeglądu stomatologicznego Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu raz w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od początku odpowiedzialności Allianz Życie, w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, w stosunku do danego Ubezpieczonego, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:			
1. przeprowadzenie badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną zakończone postawieniem diagnozy	.	.	.
2. udzielenie wskazówek co do dalszego procesu leczenia	.	.	.
3. instruktaż higieny jamy ustnej	.	.	.
II. Stomatologia zachowawcza			
W ramach stomatologii zachowawczej Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu w okresie ochrony ubezpieczeniowej, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:			
1. przeprowadzenie badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną zakończone postawieniem diagnozy i rozpoczęciem leczenia	.	.	.
2. wypełnienie chemoutwardzalne zębów stałych jedno i wielopowierzchowne	.	.	.
3. wypełnienie światłoutwardzalne zębów stałych jedno i wielopowierzchowne	.	.	.
4. leczenie zębów mlecznych	.	.	.
5. ekstirpacja (usunięcie) miazgi zęba	.	.	.
6. dewitalizacja (zatrucie) miazgi	.	.	.
7. opracowanie i udrożnienie kanału	.	.	.
8. wypełnienie kanału	.	.	.
9. amputacja przyżyciowa miazgi zęba	.	.	.
10. znieczulenie (nasiętkowe lub przewodowe)	.	.	.
11. dewitalizacja miazgi (zatrucie zęba stałego lub/i mlecznego) z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem;	.	.	.
12. trepanacja zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	.	.	.
13. opatrunek leczniczy w zębie stałym lub/i mlecznym	.	.	.
14. piaskowanie zębów (limit – 1 raz w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)	.	.	.
15. usuwanie kamienia nazębnego (limit – 1 raz w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)	.	.	.
III. Chirurgia stomatologiczna			
W ramach chirurgii stomatologicznej Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu w okresie ochrony ubezpieczeniowej, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:			
1. przeprowadzenie badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną zakończone postawieniem diagnozy i rozpoczęciem leczenia	.	.	.
2. ekstrakcja zęba mlecznego	.	.	.
3. ekstrakcja zęba stałego	.	.	.
4. ekstrakcja zęba z dłutowaniem	.	.	.
5. ekstrakcja zęba stałego z szcieniem i zaopatrzeniem zębodołu	.	.	.

Świadczenia stomatologiczne	Wariant stomatologii		
	Stomatologia	Stomatologia Plus	Stomatologia profilaktyczna
6. szycie rany	•	•	
7. usunięcie szwów	•	•	
8. znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe)	•	•	
9. nacięcie ropnia	•	•	
10. opatrunek po zabiegu chirurgicznym	•	•	
IV. Diagnostyka rentgenowska			
1. RTG punktowy zębów	•	•	
2. pantomogram	•	•	
O sposobie leczenia i użytych materiałach do Świadczeń stomatologicznych decyduje lekarz dentysta.			

ZAŁĄCZNIK NR 4
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA LECZENIA UBEZPIECZONEGO Z ZAKRESU STOMATOLOGII REFUNDACYJNEJ – 30/70

I.	Stomatologia zachowawcza:
1.	konsultacja stomatologiczna
2.	przegląd stomatologiczny obejmujący profilaktyczną wizytę u lekarza dentysty o charakterze informacyjnym polegającą na ocenie występowania stanu chorobowego i określeniu planu leczenia
3.	wypełnienie kompozytowe
4.	wypełnienie chemoutwardzalne
5.	wypełnienie światłoutwardzalne
6.	znieczulenie miejscowe: powierzchniowe, nasiękowe, śródwiązadłowe, przewodowe
7.	leczenie zębów mlecznych
8.	ekstirpacja (usunięcie) miazgi zęba
9.	dewitalizacja (zatrucie) miazgi
10.	leczenie ozębnej
11.	opracowanie i udrożnienie kanału wraz z lekiem
12.	wymiana leków w kanałach
13.	wyjęcie starego wypełnienia z kanałów
14.	wypełnienie kanału/kanałów
15.	amputacja przyżyciowa miazgi zęba
16.	trepanacja (otworzenie jamy zęba celem odświeżenia chorobowo zmienionej miazgi/nerwu) zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem
17.	opatrunek leczniczy w zębie stałym lub/i mlecznym
II.	Chirurgia stomatologiczna:
1.	ekstrakcja zęba mlecznego
2.	ekstrakcja zęba stałego
3.	ekstrakcja zęba z dłutowaniem wewnątrzzębodontowym
4.	ekstrakcja trzeciego zęba trzonowego
5.	ekstrakcja zęba stałego z plastiką potęczenia ustno-zatokowego
6.	usunięcie zostawionego korzenia
7.	dłutowanie zatrzymanego „zęba mądrości”
8.	usunięcie chirurgiczne „zęba mądrości”
9.	dłutowanie zatrzymanego kła
10.	resekcja wierzchołka korzenia
11.	ekstrakcja zęba stałego z szyciem i zaopatrzeniem zębodołu
12.	szycie rany
13.	usunięcie szwów
14.	znieczulenie miejscowe: powierzchniowe, nasiękowe, śródwiązadłowe, przewodowe
15.	nacięcie ropnia
16.	opatrunek po zabiegu chirurgicznym
17.	plastyka wędzidełka wargi górnej lub dolnej
18.	plastyka wędzidełka języka
III.	Diagnostyka rentgenowska:
1.	RTG punktowy zębów
2.	pantomogram

ZAŁĄCZNIK NR 5
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA LECZENIA UBEZPIECZONEGO Z ZAKRESU STOMATOLOGII REFUNDACYJNEJ – 50/50

I.	Stomatologia zachowawcza:
1.	konsultacja stomatologiczna
2.	przegląd stomatologiczny obejmujący profilaktyczną wizytę u lekarza dentysty o charakterze informacyjnym polegającą na ocenie występowania stanu chorobowego i określeniu planu leczenia
3.	wypełnienie kompozytowe
4.	wypełnienie chemoutwardzalne
5.	wypełnienie światłoutwardzalne
6.	znieczulenie miejscowe: powierzchniowe, nasiękowe, śródwięzadłowe, przewodowe
7.	leczenie zębów mlecznych
8.	ekstirpacja (usunięcie) miazgi zęba
9.	dewitalizacja (zatrucie) miazgi
10.	leczenie ozębnej
11.	opracowanie i udrożnienie kanału wraz z lekiem
12.	wymiana leków w kanałach
13.	wyjęcie starego wypełnienia z kanałów
14.	wypełnienie kanału/kanałów
15.	amputacja przyżyciowa miazgi zęba
16.	trepanacja (otworzenie jamy zęba celem odświeżenia chorobowo zmienionej miazgi/nerwu) zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem
17.	opatrunek leczniczy w zębie stałym lub/i mlecznym
II.	Chirurgia stomatologiczna:
1.	ekstrakcja zęba mlecznego
2.	ekstrakcja zęba stałego
3.	ekstrakcja zęba z dłutowaniem wewnątrzzębodontowym
4.	ekstrakcja trzeciego zęba trzonowego
5.	ekstrakcja zęba stałego z plastiką potęczenia ustno-zatokowego
6.	usunięcie zostawionego korzenia
7.	dłutowanie zatrzymanego „zęba mądrości”
8.	usunięcie chirurgiczne „zęba mądrości”
9.	dłutowanie zatrzymanego kła
10.	resekcja wierzchołka korzenia
11.	ekstrakcja zęba stałego z szyciem i zaopatrzeniem zębodołu
12.	szycie rany
13.	usunięcie szwów
14.	znieczulenie miejscowe: powierzchniowe, nasiękowe, śródwięzadłowe, przewodowe
15.	nacięcie ropnia
16.	opatrunek po zabiegu chirurgicznym
17.	plastyka wędzidełka wargi górnej lub dolnej
18.	plastyka wędzidełka języka
III.	Diagnostyka rentgenowska:
1.	RTG punktowy zębów
2.	pantomogram

ZAŁĄCZNIK NR 6
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

KATALOG ZABIEGÓW CHIRURGII JEDNEGO DNIA OBOWIĄZUJĄCYCH DLA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA LECZENIA UBEZPIECZONEGO Z ZAKRESU CHIRURGII JEDNEGO DNIA

Zabiegi chirurgii jednego dnia		Limit refundacji kosztów zabiegów Chirurgii jednego dnia na zdarzenie ubezpieczeniowe
I. Operacje przepuklin		
1.	operacja przepukliny pachwinowej jednostronnej / obustronnej	3000 zł
2.	operacja przepukliny mosznowej jednostronnej / obustronnej	3000 zł
3.	operacja przepukliny pępkowej	3000 zł
4.	operacja przepukliny w kresie białej	3000 zł
5.	operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	3000 zł
6.	operacja przepukliny przedniej ściany brzucha	3000 zł
7.	operacja przepukliny udowej jednostronnej/obustronnej	3000 zł
8.	operacja przepukliny nawrotowej jamy brzusznej	3000 zł
9.	operacja przepukliny wymienionej w pkt 1)-8) z użyciem siatki	3000 zł
II. Operacje żyłaków kończyn dolnych		
1.	operacja żyłaków kończyn dolnych metodą klasyczną – chirurgiczne wycięcie, stripping	3000 zł
2.	operacja żyłaków kończyn dolnych metodą laserową	3000 zł
3.	operacja żyłaków kończyn dolnych metodą endoskopową	3000 zł
III. Operacje proktologiczne		
1.	operacja żyłaków odbytu metodą klasyczną	3000 zł
2.	operacja żyłaków odbytu metodą LONGO	3000 zł
3.	operacja żyłaków odbytu metodą Milligana-Morgana	3000 zł
4.	operacja żyłaków metodą Fergusona	3000 zł
5.	podśluzówkowe usunięcie hemoroidów – sposobem Parksa	3000 zł
6.	operacja szczeliny odbytu	3000 zł
7.	operacja przetoki okółoodbytniczej	3000 zł
8.	operacja usunięcia polipa odbytu	3000 zł
9.	operacja torbieli włosowej (trobiel pilonidalna, zatoka pilonidalna)	3000 zł
10.	operacja torbieli krzyżowo-guzicznej	3000 zł
11.	nacięcie ropnia odbytu	3000 zł
12.	wycięcie zakrzepicy okółoodbytniczej	3000 zł
IV. Operacje wyrostka robaczkowego i pęcherza żółciowego		
1.	operacja pęcherzyka żółciowego	3000 zł
2.	operacja wyrostka robaczkowego	3000 zł
V. Operacje jąder, najądrzy, powrózka nasiennego i pęcherza moczowego		
1.	operacja wodniaka jądra, powrózka nasiennego	3000 zł
2.	operacja wycięcia jądra lub najądrza	3000 zł

Zabiegi chirurgii jednego dnia	Limit refundacji kosztów zabiegów Chirurgii jednego dnia na zdarzenie ubezpieczeniowe
3. operacja stulejki	3000 zł
4. operacja żyłaków powrózka nasienneo	3000 zł
5. operacja torbieli najądrza	3000 zł
6. usunięcie torbieli nerki	3000 zł
7. rozszerzenie i kalibracja cewki moczowej	3000 zł
8. operacja usunięcia polipa/polipów pęcherza moczowego (cystoskopia)	3000 zł
9. operacja usunięcia kamienia z nerki lub moczowodu	3000 zł
10. operacja usunięcia kamienia z pęcherza moczowego	3000 zł
11. kruszenie kamieni falą uderzeniową	3000 zł
VI. Operacje urazowo-ortopedyczne	
1. artroskopia stawu kolanowego	3000 zł
2. chirurgiczne otwarcie stawu kolanowego	3000 zł
3. rekonstrukcja więzadła pobocznego stawu kolanowego	3000 zł
4. rekonstrukcyjna więzadła krzyżowego przedniego	3000 zł
5. rekonstrukcyjna więzadła krzyżowego tylnego	3000 zł
6. artroskopowe wycięcie błony maziowej	3000 zł
7. artroskopowy szew łękotki	3000 zł
8. operacja stawu obojczykowo-barkowego	3000 zł
9. artroskopia stawu barkowego	3000 zł
10. otwarte nastawienie zwłknięcia stawu obojczykowo-barkowego	3000 zł
11. artroskopowe nastawienie zwłknięcia stawu obojczykowo-barkowego	3000 zł
12. usunięcie materiału zespalającego z kości	3000 zł
13. usunięcie kaletki przedrzepkowej, ganglionu, cysty (torbieli) Bekera	3000 zł
14. wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej	3000 zł
15. wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	3000 zł
VII. Operacje otolaryngologiczne	
1. chirurgiczna operacja zatoki szczękowej	3000 zł
2. endoskopowa operacja zatoki szczękowej	3000 zł
3. polipektomia nosa	3000 zł
4. septoplastyka nosa	3000 zł
5. usunięcie ślinianki podżuchowej	3000 zł
6. usunięcie ślinianki przyusznej	3000 zł
7. usunięcie migdałka gardłowego (adenektomia)	3000 zł
8. usunięcie migdałków podniebiennych (tonsillectomia)	3000 zł
9. przycięcie migdałków podniebiennych (tonsillotomy)	3000 zł
10. usunięcie migdałka gardłowego i przycięcie migdałków podniebiennych (adenotonsillotomy)	3000 zł
11. usuwanie torbieli i brodawczaków w zakresie gardła i jamy ustnej	3000 zł
12. wycięcie tarczycy	3000 zł
VIII. Operacje z zakresu chirurgii ręki	
1. odroczone szycie ścięgna ręki	3000 zł
2. uwolnienie kanału nadgarstka – zespół cieśni kanału nadgarstka / kanału Guyona	3000 zł

Zabiegi chirurgii jednego dnia		Limit refundacji kosztów zabiegów Chirurgii jednego dnia na zdarzenie ubezpieczeniowe
3.	wycięcie ganglionu nadgarstka	3000 zł
4.	uwolnienie przykurczu Dupuytren'a	3000 zł
5.	uwolnienie i transpozycja nerwu łokciowego	3000 zł
6.	wycięcie kaletki wyrostka łokciowego	3000 zł
7.	amputacja palca	3000 zł
IX. Operacje ginekologiczne		
1.	amputacja szyjki macicy	3000 zł
2.	usunięcie polipa endometrialnego	3000 zł
3.	usunięcie polipa szyjkowego	3000 zł
4.	usunięcie jajnika/jajowodu metodą laparoskopową	3000 zł
5.	usunięcie jajnika/jajowodu metodą klasyczną	3000 zł
6.	usunięcie kłykcina narządu rodnego	3000 zł
7.	usunięcie przydatków (jajników i jajowodów) metodą klasyczną	3000 zł
8.	usunięcie przydatków (jajników i jajowodów) metodą laparoskopową	3000 zł
9.	usunięcie torbieli jajnika	3000 zł
10.	usunięcie torbieli jajnika wraz z macicą	3000 zł
11.	laparoskopowe usunięcie macicy	3000 zł
12.	przezpochwowe usunięcie macicy	3000 zł
13.	przezbrzuszne usunięcie macicy	3000 zł
14.	usunięcie macicy całkowite bez i z przydatkami	3000 zł
15.	wyłuszczenie mięśniaków macicy metodą laparoskopową	3000 zł
16.	wyłuszczenie mięśniaków macicy metodą klasyczną	3000 zł
17.	konizacja szyjki macicy	3000 zł
18.	nacięcie gruczołu Bartholina wraz z marsupializacją	3000 zł
19.	wycięcie torbieli gruczołu Bartholina	3000 zł
20.	wycięcie trzonu macicy	3000 zł
21.	wycięcie torbieli bocznej ściany pochwy	3000 zł
X. Operacje okulistyczne		
1.	operacja gradówki	3000 zł
2.	wycięcie cysty spojówki	3000 zł
3.	operacja kępek żółtych	3000 zł
4.	operacje brodawek powiek	3000 zł
5.	usunięcie cysty powiekowej	3000 zł
6.	operacja odwinięcia lub podwinięcia powiek	3000 zł
7.	operacja skrzydlika	3000 zł
XI. Operacje – inne		
1.	usunięcie torbieli wątroby	3000 zł

ZAŁĄCZNIK NR 7
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

KATEGORIE TRUDNOŚCI ZABIEGÓW OPERACYJNYCH OBOWIĄZUJĄCE DLA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA LECZENIA OPERACYJNEGO UBEZPIECZONEGO

Leczenie operacyjne	Kategoria trudności
I. Zabiegi operacyjne na układzie nerwowym	
1. Nacięcie i wycięcie w obszarze czaszki, mózgu i opon mózgowych	C
2. Inne Zabiegi operacyjne na czaszce, mózgu i oponach mózgowych	C
3. Zabiegi operacyjne na rdzeniu kręgowym i strukturach kanału kręgowego	B
4. Zabiegi operacyjne na nerwach czaszkowych i obwodowych	B
5. Zabiegi operacyjne na nerwach sympatycznych lub zwojach nerwowych	B
II. Zabiegi operacyjne w zakresie układu wydalania wewnętrznego	
1. Zabiegi operacyjne tarczycy i przystarczyc	B
2. Zabiegi operacyjne w zakresie innych gruczołów dokrewnych	C
III. Zabiegi operacyjne w zakresie oka	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie powiek, z wyjątkiem Zabiegu operacyjnego rekonstrukcji powiek	A
2. Zabieg operacyjny rekonstrukcji powiek	B
3. Zabiegi operacyjne w zakresie układu łzowego	A
4. Zabiegi operacyjne w zakresie spojówki	A
5. Zabiegi operacyjne w zakresie rogówki	A
6. Zabiegi operacyjne w zakresie tęczówki, ciała rzęskowego, twardówki i komory przedniej oka	B
7. Zabiegi operacyjne w zakresie soczewki	B
8. Zabiegi operacyjne w zakresie siatkówki, naczyniówki, ciała szklistego i tylnej komory oka	B
9. Zabiegi operacyjne w zakresie mięśni okoruchowych	A
10. Zabiegi operacyjne w zakresie gałek ocznych	B
IV. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha zewnętrznego	A
2. Zabiegi rekonstrukcyjne w zakresie ucha środkowego	B
3. Inne Zabiegi operacyjne w zakresie ucha środkowego	B
4. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha wewnętrznego	C
V. Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła	A
2. Zabiegi operacyjne w zakresie zatok obocznych nosa, z wyjątkiem punkcji	B
3. Zabiegi operacyjne w zakresie ślinianek i przewodów ślinowych	B
VI. Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego, z wyjątkiem Zabiegów operacyjnych w zakresie krtani i tchawicy oraz drenażu odmy	C
2. Zabiegi operacyjne w zakresie krtani i tchawicy, z wykluczeniem tracheotomii	B
3. Zabieg operacyjny odmy opłucnej, stałej tracheotomii	A
VII. Zabiegi operacyjne na układzie sercowo-naczyniowym	

Leczenie operacyjne		Kategoria trudności
1.	Zabiegi operacyjne na układzie sercowo-naczyniowym, z wyjątkiem Zabiegów operacyjnych podwiązania i wycięcia żyłaków oraz zabiegowego leczenia tętniaków pourazowych, naczynek, przetok tętniczo-żylnych	C
2.	Zabiegi operacyjne podwiązania i wycięcia żyłaków lub usunięcia żyłaków metodą wewnątrznaczyniowej terapii laserowej (ablacji laserowej)	A
4.	Zabiegowe leczenie tętniaków pourazowych, naczynek, przetok tętniczo-żylnych	B
VIII. Zabiegi operacyjne w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego		
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego, z wykluczeniem biopsji szpiku	A
2.	Zabiegi operacyjne rekonstrukcyjne układu limfatycznego	B
IX. Operacje w zakresie układu trawiennego		
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu trawiennego, z wyjątkiem Zabiegów operacyjnych na wyrostku robaczkowym, Zabiegów operacyjnych odbytu oraz Zabiegów operacyjnych naprawczych przepuklin	B
2.	Zabiegi operacyjne na wyrostku robaczkowym	A
3.	Zabiegi operacyjne odbytu	A
4.	Zabiegi operacyjne naprawcze przepuklin	A
X. Operacje w zakresie układu moczowego		
1.	Zabiegi operacyjne nerki	B
2.	Zabiegi operacyjne moczowodu	B
3.	Zabiegi operacyjne cewki moczowej z wyłączeniem zwężenia ujścia zewnętrznego cewki moczowej	B
4.	Zabiegi operacyjne stulejki i zwężenia ujścia zewnętrznego cewki moczowej	A
5.	Zabiegi operacyjne odtwórcze pęcherza moczowego	C
6.	Inne Zabiegi operacyjne w obrębie układu moczowego	A
XI. Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych		
1.	Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych	A
2.	Zabiegi operacyjne spodziectwa	B
XII. Zabiegi operacyjne i operacje ginekologiczne		
1.	Zabiegi operacyjne żeńskich narządów płciowych	A
2.	Zabiegi operacyjne dotyczące macicy z naruszeniem ciągłości pełnej grubości ściany trzonu macicy	B
3.	Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy	B
4.	Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy z przydatkami	C
XIII. Zabiegi położnicze		
	Zabiegi położnicze, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego cięcia cesarskiego	A
XIV. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i Zabiegi operacyjne na więzadłach		
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego za wyjątkiem dłoni i stóp i Zabiegi operacyjne na więzadłach za wyjątkiem dłoni i stóp	B
2.	Zabiegi operacyjne w zakresie kręgosłupa z wyłączeniem Zabiegów operacyjnych krążka międzykręgowego	B
3.	Zabiegi operacyjne krążka międzykręgowego z naruszeniem ciągłości tułu kręgu	B
4.	Zabiegi operacyjne wyłącznie na tkankach miękkich poza więzadłami	A
5.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego dłoni i stóp i więzadeł dłoni i stóp	A
XV. Zabiegi operacyjne na powłokach ciała		
1.	Zabiegi operacyjne na powłokach ciała, z wyłączeniem zabiegów w zakresie skóry i tkanki podskórnej	A
2.	Mastektomia totalna	B

ZAŁĄCZNIK NR 8 A)
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA

1. Operacja aorty brzusznej	A. Operacja zmienionej wskutek choroby lub urazu aorty w odcinku brzuszny, w celu leczenia zagrażającej życiu choroby naczyniowej: tętniaka, zwężenia, rozwarstwienia aorty, w tym: a) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu zastąpienia przeszczepem naczyniowym (protezą naczyniową) tętniakowato zmienionej aorty w odcinku brzuszny do wysokości odejścia tętnic nerkowych, b) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu korekty wrodzonego lub nabytego zwężenia aorty w odcinku brzuszny do wysokości odejścia tętnic nerkowych, polegającego na chirurgicznym usunięciu tkanek tworzących zwężenie z /bez uzupełnienia łata z tworzywa sztucznego. Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów operacyjnych w obrębie odgałęzień aorty, – zabiegów operacyjnych polegających na naprawie naczynia lub wprowadzeniu stentu do aorty bez otwierania jamy brzusznej.
2. Operacja aorty piersiowej	A. Operacja zmienionej wskutek choroby lub urazu aorty w odcinku piersiowym, w celu leczenia zagrażającej życiu choroby naczyniowej: tętniaka, zwężenia, rozwarstwienia aorty, w tym: a) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu zastąpienia przeszczepem naczyniowym (protezą naczyniową) tętniakowato zmienionej aorty w odcinku piersiowym do wysokości odejścia tętnic nerkowych, b) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu korekty wrodzonego lub nabytego zwężenia aorty w odcinku piersiowym do wysokości odejścia tętnic nerkowych, polegającego na chirurgicznym usunięciu tkanek tworzących zwężenie z /bez uzupełnienia łata z tworzywa sztucznego. Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów operacyjnych w obrębie odgałęzień aorty, – zabiegów operacyjnych polegających na naprawie naczynia lub wprowadzeniu stentu do aorty bez otwierania jamy brzusznej.
3. Kardiomiopatia	A. Choroba mięśnia sercowego prowadząca do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę kardiologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej.
4. Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	A. Przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego usunięcia świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej. Za datę wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wykonania zabiegu chirurgicznego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegu ewakuacji materiału zatorowego z odgałęzień tętnicy płucnej.
5. Przeszczep tętnicy płucnej	A. Operacja na otwartym sercu, w celu leczenia choroby lub urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej, polegająca na wycięciu części tętnicy i zastąpieniu jej przeszczepem. Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicy płucnej wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.
6. Zabiegi kardiochirurgiczne w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	A. Zabiegi kardiochirurgiczne w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, wymagające otwarcia klatki piersiowej, polegające na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przełyków omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: - angioplastyki, - cewnikowania naczyń, - zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.
7. Zabiegi kardiochirurgiczne wymiany zastawki	A. Operacje kardiochirurgiczne na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegające na wymianie jednej lub więcej zastawek serca. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca, u której wada zastawki została wykryta w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów naprawczych zastawek, – zabiegów polegających na wymianie wszczepionej wcześniej zastawki, wymianie zastawki bez otwierania klatki piersiowej (przezskórne wszczepienie zastawki).

8. Zawał serca

A.

Występująca po raz pierwszy w życiu Ubezpieczonego martwica mięśnia sercowego spowodowana jego niedokrwieniem.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez wykrycie wzrostu stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego z dowodami na niedokrwienie mięśnia sercowego, gdy występuje dodatkowo co najmniej jedna z następujących zmian:

- a) objawy kliniczne niedokrwienia,
- b) zmiany w EKG wskazujące na nowe niedokrwienie (nowe zmiany odcinka ST-T lub świeży LBBB),
- c) pojawienie się patologicznego zataмка Q w odpowiednich odprowadzeniach EKG,
- d) nowe zaburzenia ruchomości ściany serca widoczne w badaniach obrazowych.

Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.

B.

Zakres ochrony nie obejmuje:

- uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem,
 - zawału w przebiegu choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej przed objęciem ochroną z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania,
 - przypadków, w których brak wskazania do pilnej hospitalizacji,
 - kolejnych zawałów.
-

ZAŁĄCZNIK NR 8 B)

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – NOWOTWORY, CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO

1.	Choroba Alzheimera	A. Przewlekła i postępująca, degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, w przebiegu której dochodzi do wystąpienia nieodwracalnych zaburzeń pamięci, funkcji poznawczych, osobowości i zachowania, oraz zmiany nastroju, a w efekcie do niezdolności do samodzielnego funkcjonowania. Rozpoznanie choroby i niezdolność do samodzielnego funkcjonowania powinny być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa lub psychiatrę. B. Zakres ochrony nie obejmuje innych postaci demencji, oraz demencji wtórnej od nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.
2.	Choroba Creutzfelda-Jakoba	A. Choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym i niemożnością wykonania co najmniej 4 z 6 Czynności życia codziennego zdefiniowanych w §1 ust. 2 pkt. 7 o.w.u. w odniesieniu do Głównego Ubezpieczonego, Współmatłonka Głównego Ubezpieczonego, Partnera Głównego Ubezpieczonego, Dziecka które ukończyło 16 rok życia lub powodująca upośledzenie wykonywania Czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój w odniesieniu do Dziecka, które ma nie ukończony 16 rok życia. Rozpoznanie pełnoobjawowej choroby przy jednoczesnej niepełnosprawności w czynnościach życia codziennego powinny być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa.
3.	Choroba Huntingtona (Pląsawica Huntingtona)	A. Genetycznie uwarunkowana, postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego objawiająca się klinicznie zaburzeniami koordynacji ruchowej i napięcia mięśni, postępującymi zaburzeniami pamięci, osobowości, depresją, otępieniem. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa.
4.	Choroba Parkinsona	A. Samista postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej, drżenia spoczynkowego, niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej 4 z 6 Czynności życia codziennego zdefiniowanych w §1 ust. 2 pkt. 7 o.w.u. w odniesieniu do Głównego Ubezpieczonego, Współmatłonka Głównego Ubezpieczonego, Partnera Głównego Ubezpieczonego, Dziecka które ukończyło 16 rok życia lub powodująca upośledzenie wykonywania Czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój w odniesieniu do Dziecka, które ma nie ukończony 16 rok życia. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).
5.	Choroba neuronu ruchowego	A. Wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, których wspólną cechą są objawy uszkodzenia neuronów ruchowych: a) stwardnienia zanikowego bocznego (SLA), b) postępującego zaniku mięśni (PMA), c) pierwotnego stwardnienia bocznego (PLS), d) postępującego porażenia opuszkowego (PBP) skutkujące niemożnością wykonywania co najmniej 4 z 6 Czynności życia codziennego zdefiniowanych w §1 ust. 2 pkt. 7 o.w.u. w odniesieniu do Głównego Ubezpieczonego, Współmatłonka Głównego Ubezpieczonego, Partnera Głównego Ubezpieczonego, Dziecka które ukończyło 16 rok życia lub powodująca upośledzenie wykonywania Czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój w odniesieniu do Dziecka, które ma nie ukończony 16 rok życia. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje pozostałych chorób z grupy schorzeń neuronu ruchowego, nie wymienionych w niniejszej definicji.
6.	Łagodny guz mózgu	A. Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie tkanki mózgu lub opon (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez trepanację czaszki, a w przypadku jej zaniechania powodująca Trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – guzów przysadki, – torbieli, – zmian naczyniowych, – krwawiaków, – ziarniniaków, – ropni, – guzów rdzenia.

7.	Łagodny guz rdzenia	A. Nieznosząca histologicznie zmianę guzowatą w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zlokalizowana wewnątrzprzewodniowo, potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez laminotomię 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 nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – torbieli, – ziarniniaków, – ropni, – krwawiaków, – malformacji naczyniowych, – guzów zewnątrzoponowych, – guzów zlokalizowanych w obrębie kręgow, – wypadnięcia krążka międzykręgowego, – zmian zwyrodnieniowych, – gruźlicy, – urazów kręgosłupa.
8.	Nowotwór	A. Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania. B. Zakres ochrony 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 mikro-raka tarczycy, – raka pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowy) i T1 – wg klasyfikacji TNM, – raka gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2NOM0 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.
9.	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 lub Wypadku. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0-1 w skali Lovetta, stwierdzone na podstawie badania lekarza specjalisty neurologa po upływie co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia porażenia lub ocenione przez Lekarza uprawnionego Allianz Życie. B. Zakres ochrony nie obejmuje niedowładów kończyn określonych jako stopień 2, 3 lub 4 w skali Lovetta.
10.	Postępujące porażenie nadjędrowe	A. Choroba charakteryzująca się postępującym zanikiem, glezją (przerostem, rozrostem tkanki glejowej) i zwyrodnieniem komórek mózgowia, objawiająca się klinicznie: sztywnością mięśniową, spowolnieniem ruchowym, zaburzeniami ruchomości gałek ocznych, zespołem psychoorganicznym o charakterze demencji, ze spowolnieniem intelektualnym, zaburzeniami płynności mowy, trudnościami z wykonaniem złożonych czynności i skutkująca niemożnością wykonania co najmniej 4 z 6 Czynności życia codziennego zdefiniowanych w §1 ust. 2 pkt 7 o.w.u. w odniesieniu do Głównego Ubezpieczonego, Współmałżonka Głównego Ubezpieczonego, Partnera Głównego Ubezpieczonego, Dziecka które ukończyło 16 rok życia lub powodująca upośledzenie wykonywania Czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój w odniesieniu do Dziecka, które ma nie ukończony 16 rok życia. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa.
11.	Stwardnienie rozsiane	A. Przewlekła nieuleczalna choroba centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym, w przebiegu której dochodzi do powstania rozsianych ognisk demielinizacji w mózgu, rdzeniu kręgowym, przebiegająca z okresami zaostrzeń i poprawy lub postępująco, skutkująca Trwałym ubytkiem neurologicznym, której pierwszy rzut (epizod typowy dla „ostrej zmiany demielinizacyjnej” ośrodkowego układu nerwowego) miał miejsce w okresie ochrony z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie danych klinicznych i wyników badań dodatkowych, opartych na badaniu metodą rezonansu magnetycznego (NMR) oraz, jeżeli było wykonane, na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego lub badania potencjałów wywołanych.
12.	Udar mózgu	A. Nagłe uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia – wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, w tym krwotoku podopajęczynkowego na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego, skutkujące Trwałym ubytkiem neurologicznym. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR). B. Zakres ochrony nie obejmuje: – napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego, – udaru niepozostawiającego Trwałego ubytku neurologicznego w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego, – uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem, – kolejnych udarów.

ZAŁĄCZNIK NR 8 C)
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – ZAKAŻENIA

1.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	A. Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych i prowadząca do wystąpienia trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być postawione w oparciu o wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wskazujący na bakteryjny charakter zapalenia opon i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
2.	Bakteryjne zapalenie wsierdza	A. Choroba przebiegająca z objawami infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW), która wystąpiła u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – wystąpienia choroby u osoby z implantowaną sztuczną zastawką serca, – wystąpienia choroby jako powikłania szpitalnego.
3.	Bąblowica mózgu	A. Przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego usunięcia zmiany w mózgu, potwierdzonej rozpoznaniem histopatologicznym jako bąblowiec mózgu (z obecnością larw typu echinococcus). Za datę wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wykonania zabiegu chirurgicznego.
4.	Borelioza	A. Choroba wywołana przez krętki, przenoszona przez kleszcze przebiegająca z zmianami skórными objawiającymi się rumieniem oraz różnorodnymi objawami narządowymi, takimi jak: zapalenie stawów, zapalenie mięśnia sercowego, a także objawami neurologicznymi i skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego. Pierwsze jednoznaczne rozpoznanie choroby prowadzące do hospitalizacji powinno być postawione przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych, potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego i podane w karcie wypisu ze szpitala wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10.
5.	Dur brzuszny	A. Ogólnoustrojowa choroba bakteryjna wywołana pętkami duru brzuszego (<i>Salmonella Typhi</i>), w przebiegu której występuje gorączka, bóle brzucha, znaczne wyczerpanie organizmu, rumieniowa wysypka plamisto-grudkowa a także powiększenie wątroby, śledziony i węzłów chłonnych. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki powikłanych postaci choroby, w których dochodzi do przynajmniej jednego z wymienionych: – perforacji jelita, – niedrożności, – zapalenia otrzewnej, – zapalenia nerek, – zapalenia pęcherzyka żółciowego, – zapalenia opon mózgowych, mózgu lub mięśnia serca, – posocznicy, wymagających leczenia w warunkach szpitalnych. Postawione rozpoznanie i przeprowadzone leczenie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
6.	Gorączka denga	A. Infekcyjna choroba tropikalna wywołana przez wirus dengi, której objawy obejmują: gorączkę, bóle głowy, mięśni i stawów oraz charakterystyczną wysypkę, i która może prowadzić do groźnych krwotoków, hipowolemii i wstrząsu. Rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone wynikiem badania mikrobiologicznego – izolacją wirusa z hodowli komórkowej, lub wykryciem kwasów nukleinowych wirusa metodą PCR, lub wykryciem antygenów wirusa, lub obecnością swoistych przeciwciał w klasie IgM. Ochroną objęta jest choroba o ciężkim przebiegu określonym jako występowanie co najmniej jednego z następujących: – wstrząsu hipowolemicznego, – akumulacji płynów z niewydolnością oddechową, – poważnego krwotoku, – niewydolności narządowej, do której należą: ostra niewydolność wątroby, ostra niewydolność nerek, encefalopatia, kardiomiopatia. Postawione rozpoznanie i przeprowadzone leczenie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
7.	Gruźlica	A. Wystąpienie po raz pierwszy w życiu Ubezpieczonego choroby zakaźnej w postaci płucnej lub poza płucnej spowodowanej prątkiem gruźlicy (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>). Rozpoznanie choroby w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego lub histologicznego i wdrożeniem leczenia przeciwpłukowego. B. Zakres ochrony nie obejmuje wystąpienia gruźlicy ze współistniejącą infekcją HIV.
8.	Malaria	A. Ostra lub przewlekła choroba zakaźna wywołana przez wewnątrzkomórkowego pierwotniaka z gatunku zarodźców (<i>Plasmodium</i>) objawiająca się dreszczami i wysoką gorączką oraz towarzyszącymi dolegliwościami, do których należą: bóle głowy, mięśni, nudności, wymioty, biegunka, duszność, zaburzenia neurologiczne. Rozpoznanie postawione na podstawie objawów klinicznych musi być potwierdzone wynikiem jednego z poniższych badań wskazujących na: – obecność zarodźców malarii w rozmazach krwi (technika Giemzy), – obecność kwasów nukleinowych <i>Plasmodium</i> spp. we krwi (m.in. techniką PCR, NAT, reakcją NASBA, LAMP), – obecność antygenu <i>Plasmodium</i> spp. (test immunologiczny RDTs). Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu manifestującym się pod postacią: ostrej niewydolności nerek, kwasicy z objawami ciężkiej niewydolności oddechowej, zaburzeń świadomości lub śpiączki w przebiegu niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego lub mózgowej postaci malarii, obrzęku płuc, wstrząsu, hipoglikemii, ciężkiej niedokrwistości, skazy krwotocznej, żółtaczki, hiperparazytemii lub malarie powikłaną niewydolnością wielonarządową. Postawione rozpoznanie i przeprowadzone leczenie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.

9.	Nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis)	A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez wirusy polio, występująca w postaci porażennej (rdzeniowej lub opuszkowej) prowadząca do trwałego kalectwa wyrażonego niemożnością wykonywania co najmniej 4 z 6 Czynności życia codziennego zdefiniowanych w § 1 ust 2 pkt 7) o.w.u. w odniesieniu do Głównego Ubezpieczonego, Współmatronka Głównego Ubezpieczonego, Partnera Głównego Ubezpieczonego, Dziecka które ukończyło 16 rok życia lub powodująca upośledzenie wykonywania Czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój w odniesieniu do Dziecka, które ma nie ukończony 16 rok życia. Warunkiem uznania roszczenia jest wystąpienie zakażenia w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania, jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej.
10.	Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu	A. Ostra choroba zapalna mózgu o etiologii wirusowej, do powstania której doszło wskutek zakażenia przenoszonego przez kleszcza, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania Trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.
11.	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 objęta jest wyłącznie posocznica o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrych zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagająca leczenia na OIOM. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
12.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	A. Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW typu B) wywołane zakażeniem wirusem HBV, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów: – utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (>1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy, – stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub AgHBe (+), lub HBV DNA (+), – kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki, powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczków naczyńnicowych na skórze”. Pierwsze rozpoznanie choroby w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej.
13.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	A. Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) wywołane zakażeniem wirusem HCV, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów: – utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (>1,5 x górna granica normy) wartości ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy, – stwierdzenie obecności przeciwciał Anty HCV (IgG) (+) lub HCV RNA (+), – kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki, powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczków naczyńnicowych na skórze”. Pierwsze rozpoznanie choroby w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej.
14.	Ropień mózgu	A. Przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego usunięcia zmiany w mózgu, która została potwierdzona rozpoznaniem histopatologicznym jako ropień mózgu. Warunkiem uznania roszczenia jest wystąpienie zakażenia w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania jednoznacznie potwierdzonego w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Za datę wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wykonania zabiegu chirurgicznego.
15.	Schistosomatoza (bilharzioza)	A. Przewlekła choroba pasożytnicza, wywołana przez przywry krwi z rodzaju Schistosoma, objawiająca się: gorączką, kaszlem, bólem brzucha, biegunką, powiększeniem wątroby i śledziony i mogąca doprowadzić do poważnych powikłań. Rozpoznanie potwierdzone wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego lub histopatologicznego Zakresem ochrony obejmuje wyłącznie przypadki powikłanych postaci choroby, w których dochodzi do włókienia płuc i rozwoju serca płucnego lub do zajęcia ośrodkowego układu nerwowego skutkującego wystąpieniem porażenia. Postawione rozpoznanie i przeprowadzone leczenie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
16.	Tężec o ciężkim przebiegu	A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej.
17.	Wścieklizna	A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez wirusa wścieklizny (rabies virus RABV) przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia i wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Warunkiem uznania roszczenia jest wystąpienie zakażenia w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania jednoznacznie potwierdzonego w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
18.	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 nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.

19. Zakażenie wirusem HIV	A. Zakażenie, które wystąpiło u osoby niechorującej na hemofilę, które zostało spowodowane przetoczeniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Warunkiem uznania roszczenia jest przeprowadzenie transfuzji, w wyniku której doszło do zakażenia, w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania i nastąpienie serokonwersji w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia. B. Odpowiedzialność Allianz Życie nie obejmuje zakażenia wirusem HIV, które nastąpiło w wyniku transfuzji krwi przeprowadzonej w przebiegu leczenia każdego innego Poważnego zachorowania z niniejszego katalogu, które zostało uznane przez Allianz Życie.
20. Zgorzel gazowa	A. Wystąpienie ciężkiego zakażenia przyranego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie – laseczki zgorzeli gazowej, wymagającego leczenia w warunkach szpitalnych. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.

ZAŁĄCZNIK NR 8 D)
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – NIEWYDOLNOŚĆ LUB ZNACZNE UPOŚLEDZENIE FUNKCJONOWANIA NARZĄDU

1.	Anemia aplastyczna wymagająca leczenia	A. Choroba spowodowana niewydolnością szpiku kostnego, której rezultatem jest pancytopenia, czyli wystąpienie łącznie: anemii, neutropenii i trombocytopenii (obniżenia ilości wszystkich linii komórek krwi – erytrocytów, leukocytów i trombocytów). Wymagane jest potwierdzenie pancytopenii w badaniach laboratoryjnych, przedstawienie wyniku trepanobiopsji wykazującego aplazję szpiku oraz przeprowadzenie leczenia w ośrodku specjalistycznym jedną z następujących metod: a) regularne transfuzje krwi i/lub preparatów krwiopochodnych, b) przeszczep szpiku kostnego, c) leczenie immunosupresyjne, d) leczenie stymulujące odnowę szpiku kostnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: ustępującej bez leczenia anemii aplastycznej, anemii związanej z ciężką, anemii polekowej, odwracalnej aplazji szpiku, przejściowej niewydolności szpiku, aplazji szpiku wskutek zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.
2.	Astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu	A. Przewlekła choroba zapalna dróg oddechowych, przeważnie przebiegająca z nadreaktywnością oskrzeli, prowadząca do nawracających epizodów obturacji dróg oddechowych, objawiających się świszczącym oddechem, dusznością, kaszlem, uczuciem ściskania w klatce piersiowej. Ochroną objęte jest wystąpienie objawów ciężkiego zaostrzenia astmy wymagających intubacji i wentylacji mechanicznej w warunkach hospitalizacji, pobytu na oddziale ratunkowym lub na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM).
3.	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. O utrwalonym charakterze utraty wzroku orzeka lekarz specjalista okulista po upływie co najmniej 6 miesięcy od jej wystąpienia.
4.	Całkowita utrata wzroku wskutek Wypadku	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 Wypadku. O utrwalonym charakterze utraty wzroku orzeka lekarz specjalista okulista po upływie co najmniej 6 miesięcy od jej wystąpienia.
5.	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. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.
6.	Całkowita utrata słuchu wskutek Wypadku	A. Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia utrata słuchu w obu uszach wskutek Wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.
7.	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. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi.
8.	Całkowita utrata mowy wskutek Wypadku	A. Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, która nastąpiła wskutek resekcji narządu mowy lub uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu, niemożliwa do skorygowania, również częściowo, przez zastosowanie jakichkolwiek procedur terapeutycznych, powstała wskutek Wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi.
9.	Dystrofia mięśniowa	A. Ochroną objęte są postacie: – 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 ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej.

10.	Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca przeprowadzenia leczenia operacyjnego	A. Przewlekłe, nieswoiste zapalenie przewodu pokarmowego przebiegające z okresami zaostrzeń i remisji, które charakteryzuje się występowaniem odcinkowych zmian zapalnych głównie w obrębie jelita, obejmujących całą grubość jego ściany. Zmiany zapalne występować mogą we wszystkich odcinkach przewodu pokarmowego – od jamy ustnej aż do odbytnicy. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu, wymagające leczenia operacyjnego z powodu wystąpienia: niedrożności przewodu pokarmowego, maszynowego krwawienia, perforacji jelita, przetoki, ropni, stwardnienia lub podejrzenia procesu nowotworowego, wyniszczenia organizmu, opóźnienia rozwoju u dzieci (zahamowanie wzrostu). Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów wyłącznej plastyki żwłęk.
11.	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 przeciwwyspowe, 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 wyłączona jest kwasica ketonowa lub śpiączka ketonowa jako pierwszy objaw choroby u osoby bez ustalonego rozpoznania cukrzycy.
12.	Mukowiscydoza	A. Choroba genetyczna charakteryzująca się produkcją nadmiernie lepkiego śluzu, co doprowadza do zaburzeń we wszystkich narządach posiadających gruczoły śluzowe, a w efekcie do przewlekłej choroby oskrzelowo-płucnej i niewydolności oddechowej, niewydolności enzymatycznej trzustki z zaburzeniami trawienia i wchłaniania. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza specjalistę na podstawie typowego obrazu klinicznego choroby i wyniku jednego z potwierdzających badań: – mutacji w obu allelach genu CTFR (delta F 508), – dodatni wynik testu potowego (Cl⁻ >60 mmol/l) w co najmniej dwóch badaniach, – duża wartość przezbłonowej różnicy potencjałów.
13.	Nabyta niedokrwistość hemolityczna	A. Heterogenna grupa chorób cechujących się nieprawidłowym przedwczesnym rozpadem erytrocytów, przebiegających z objawami niedokrwistości i żółtaczki, a w trakcie intensywnej hemolizy z powiększeniem śledziony i wątroby. Ochroną objęte jest wystąpienie choroby wyłącznie w postaci nabytej, spowodowanej przez czynniki immunologiczne i nieimmunologiczne jak: choroby zakaźne i układowe, środki chemiczne, czynniki chemiczne i fizyczne, leki, metale, jady zwierząt, która wymaga leczenia z zastosowaniem leków immunosupresyjnych, przeciwciał monoklonalnych, przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych, plazmaferezy lub usunięcia śledziony. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – niedokrwistości u noworodków powstałej wskutek konfliktu serologicznego (choroba hemolityczna noworodków), – reakcji hemolitycznej po przetoczeniu krwi.
14.	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.
15.	Oparzenia skóry	A. Głębokie oparzenia skóry wymagające leczenia w warunkach hospitalizacji. Zakres ochrony obejmuje: a) oparzenia ponad 50% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, b) oparzenia ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. Rozległość oparzeń oceniana jest na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (reguła dziewiątek lub tablica Lunda i Browdera). Jako datę zdarzenia przyjmuje się datę Wypadku prowadzącego do oparzeń spełniających powyższe kryteria. B. Zakres ochrony nie obejmuje oparzeń słonecznych.
16.	Ostra niewydolność wątroby	A. Występowanie klinicznych objawów ostrej niewydolności miąższu wątroby, będące wyrazem gwałtownego pogorszenia jej funkcji, prowadzące do encefalopatii i zaburzeń krzepnięcia u osoby bez istniejącej wcześniej choroby wątroby. Objawy, których łącznie i jednocześnie występowanie jest konieczne do uznania rozszczenia: a) brak stwierdzenia wcześniej choroby wątroby, b) niewydolność wątroby trwająca przed zdiagnozowaniem ostrej niewydolności nie dłużej niż 6 miesięcy od początku objawów choroby, c) encefalopatia wątrobowa ujawniona w okresie krótszym niż 6 miesięcy od początku objawów choroby, d) zaburzenia w układzie krzepnięcia krwi, przy wskaźniku INR ≥ 1,5. B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.
17.	Pierwotne nadciśnienie płucne	A. Choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wykrzepiania krwi, objawiająca się klinicznie niewydolnością serca i skutkująca trwałą utratą zdolności do wysiłku co najmniej III stopnia wg WHO. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę kardiologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego od jakiegokolwiek innej przyczyny.

18.	Pneumonektomia	A. Zabieg chirurgicznego usunięcia całego jednego płuca zmienionego wskutek choroby lub urazu. Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie taki zabieg, do którego wskazania powstały w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów operacyjnych niecałkowitego usunięcia płuca (lobektomia, segmentektomia, klinowa resekcja, nacięcie).
19.	Pourazowe uszkodzenie mózgu	A. Obrażenia mózgu, do powstania których doszło wskutek Wypadku, prowadzące do uszkodzenia struktur mózgu i powstania Trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR).
20.	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 nie obejmuje: – nieodwracalnej schyłkowej niewydolności przeszczepianego narządu, do której doszło przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej Poważnego zachorowania, – przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
21.	Przewlekła niewydolność oddechowa	A. Potwierdzona przez lekarza specjalistę pulmonologa przewlekła choroba płuc skutkująca znacznym obniżeniem wydolności oddechowej. Wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków: a) konieczność przewlekłej tlenoterapii, tj. >15 h/ dobę przez minimum 6 miesięcy, b) objawy kliniczne i wyniki badań wskazujące na niewydolność oddechową. Zakres ochrony obejmuje przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, pozapalne zwłóknienie i marskość płuc, pylicę płuc, samoistne włóknienie płuc. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – astmy, – mukowiscydozy, – przewlekłej niewydolności serca, – przewlekłej zatorowości płucnej, – wad serca i dużych naczyń, – chorób układu nerwowego, – nowotworów, – zmian anatomicznych i pourazowych, – zespołu ostrej niewydolności oddechowej z każdej przyczyny.
22.	Reumatoidalne zapalenie stawów – ciężka postać	A. Przewlekła zapalna choroba tkanki łącznej charakteryzująca się nieswoistym, symetrycznym zapaleniem stawów, występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych, prowadząca do niepełnosprawności. W jej przebiegu dochodzi do wystąpienia bólu, sztywności, obrzęku stawów, będących konsekwencją stanu zapalnego, uszkodzenia chrząstki i kości budujących staw oraz okolicznych tkanek i w efekcie do zniszczenia stawów, ograniczenia ruchomości i niepełnosprawności. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki ciężkich postaci choroby, w których dochodzi do destrukcji i deformacji co najmniej trzech z następujących grup stawów: międzypaliczkowych rąk, nadgarstkowych, łokciowych, stawów stóp, kolanowych, kręgosłupa szyjnego, skutkujących niemożnością wykonywania co najmniej 4 z 6 Czynności życia codziennego zdefiniowanych w § 1 ust 2 pkt 7) o.w.u. w odniesieniu do Głównego Ubezpieczonego, Współmałżonka Głównego Ubezpieczonego, Partnera Głównego Ubezpieczonego, Dziecka które ukończyło 16 rok życia lub powodująca upośledzenie wykonywania Czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój w odniesieniu do Dziecka, które ma nie ukończony 16 rok życia. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę reumatologa.
23.	Schyłkowa niewydolność wątroby	A. Występowanie klinicznych objawów ostrej lub przewlekłej niewydolności miększego wątroby spowodowanej marskością, będące wyrazem ciężkich zaburzeń czynności wątroby i jej niezdolności do spełniania prawidłowych funkcji metabolicznych oraz syntezy białek. Objawy, których łączne występowanie jest konieczne do uznania rozszczenia: a) utrwalona żółtaczka, b) wodobrzusze, c) encefalopatia wątrobowa. B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.
24.	Śpiączka	A. Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe, doprowadzający do Trwałego ubytku neurologicznego; oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, zawierającej ocenę stanu neurologicznego przy wypisie. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – śpiączki powstałej wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, środków chemicznych, – stanu śpiączki wywołanego lub przedłużanego sztucznie w celach terapeutycznych.

25.	Toczeń rumieniowaty układowy	A. Choroba autoimmunologiczna, doprowadzająca do procesu zapalnego i w konsekwencji do uszkodzenia wielu tkanek i narządów, najczęściej obejmującego skórę, nerki, stawy, układ krwiotwórczy i nerwowy, przebiegająca postępująco, z okresami zaostrzeń i remisji, a w rozumieniu tej definicji doprowadzająca do utrwalonej niewydolności nerek lub skutkująca Trwałym ubytkiem neurologicznym. Rozpoznanie choroby postawione przez specjalistę reumatologa pod warunkiem występowania zmian w nerkach skutkujących utrzymującą się proteinurią (białkomocz) lub hematurią (krwimocz) i statym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę lub występowania Trwałego ubytku neurologicznego B. Zakres ochrony nie obejmuje: – tocznia polekowego, – innych form choroby bez towarzyszącej nefropatii lub utrwalonego ubytku neurologicznego.
26.	Twardzina układowa (sklerodermia)	A. Przewlekła autoimmunologiczna choroba tkanki łącznej, powodująca wzmożone napięcie i stwardnienie skóry (zmiany w układzie naczyniowym, kostnym, mięśniowym oraz narządach wewnętrznych) oraz uszkodzenie narządów wewnętrznych, w tym płuc i serca. Ochroną objęte jest wystąpienie twardziny układowej uogólnionej, z rozległymi zmianami skórnymi i zajęciem procesem chorobowym płuc, serca lub nerek. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę reumatologa lub dermatologa i potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – twardziny układowej ograniczonej, miejscowej (akrosklerodermia, morphea), w tym zespołu CREST – zespołów twardzinopodobnych w przebiegu chorób metabolicznych, eozynofilowego zapalenia powięzi, obrzęku stwardniałego, keloidu.
27.	Zabieg operacyjny amputacji kończyny w skutek Choroby	A. Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego amputacji co najmniej jednej kończyny wskutek choroby: a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych, b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych. Za datę wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wykonania zabiegu operacyjnego.
28.	Zabieg operacyjny amputacji kończyny w skutek Wypadku	A. Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego amputacji co najmniej jednej kończyny wskutek Wypadku: a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych, b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych. Za datę wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wykonania zabiegu operacyjnego.
29.	Wrzodzące zapalenie jelita grubego wymagające totalnej kolektomii	A. Przewlekłe nieswoiste zapalenie jelita prowadzące do zniszczenia jego błony śluzowej, występujące w obrębie jelita grubego, przebiegające w postaci ostrych rzutów przedzielonych okresami remisji. Rozpoznanie powinno zostać postawione na podstawie wyników badań endoskopowych i potwierdzone przez lekarza specjalistę histopatologa oceną mikroskopową wycinka pobranego z zajętego procesem zapalnym jelita. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu wymagające usunięcia całego jelita grubego (całkowitej kolektomii, proktokolektomii) Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
30.	Zakażona martwica trzustki	A. Przeprowadzenie po raz pierwszy w życiu zabiegu operacyjnego otwarcia jamy brzusznej (laparotomii) i usunięcia martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano j zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Pierwsze rozpoznanie choroby i dokonanie zabiegu operacyjnego w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – przeprowadzenia zabiegu w przebiegu choroby zapalnej trzustki rozpoznanej przed objęciem ochroną ubezpieczeniową, – przypadków nieskutkujących usunięciem martwiczych tkanek (laparotomia zwiadowcza), – kolejnych zabiegów.
31.	Zatorowość płucna	A. Nagłe zatkanie światła pnia tętnicy płucnej lub jej odgałęzień w wyniku przemieszczenia materiału zatorowego z żył obwodowych lub jam prawego serca, skutkujące przerwaniem napływu krwi do mięjszu płuca, wymagające leczenia na oddziale intensywnej terapii medycznej (OIOM). Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania scyntygrafii perfuzyjnej płuc lub spiralną tomografią komputerową klatki piersiowej, lub łącznie: badaniami diagnostycznymi (ECHO serca, EKG), laboratoryjnymi (gazometria) i typowym zespołem objawów klinicznych potwierdzonych przez lekarza prowadzącego i jednoznacznie opisanych w dokumentacji medycznej leczenia w OIOM.
32.	Ziarniniak Wegenera	A. Martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych górnych i dolnych dróg oddechowych oraz nerek, wynikające z nieprawidłowej stymulacji układu odpornościowego, charakteryzujące się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał przeciwko cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (cANCA). Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki ciężkich uogólnionych postaci choroby, w których dochodzi do schyłkowej niewydolności nerek wymagającej dializ, schyłkowej niewydolności oddechowej wymagającej przewlekłej tlenoterapii, tj >15 h/ dobę, utraty wzroku, utraty słuchu. B. Zakres ochrony nie obejmuje postaci ograniczonej choroby, w której nie stwierdza się objawów stanowiących zagrożenie życia, ani ciężkiego uszkodzenia narządów wymienionych w części A.

ZAŁĄCZNIK NR 9
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA I POMOCY W PODRÓŻY UBEZPIECZONEGO ZA GRANICĄ

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje koszty leczenia, opisane w rozdziale I poniżej, oraz usługi assistance, opisane w rozdziale II poniżej, których potrzeba odpowiednio poniesienia lub świadczenia powstała w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku, zaistniałego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kraju zamieszkania Ubezpieczonego:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe ¹⁾
I. KOSZTY LECZENIA		
1. Koszty leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego (z zastrzeżeniem punktu 5.), w tym:		
1)	pobyt i leczenie w szpitalu	Do wysokości świadczenia wskazanego w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej
2)	wizyty lekarskie	
3)	badania, zabiegi i operacje zlecone przez lekarza	
2. Koszty transportu:		
1)	medycznego do odpowiedniej placówki medycznej znajdującej się poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kraju zamieszkania Ubezpieczonego	Do wysokości świadczenia wskazanego w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej
2)	medycznego między placówkami medycznymi znajdującymi się poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kraju zamieszkania Ubezpieczonego, gdzie udzielano kolejno pomocy ambulatoryjnej	
3)	medycznego do miejsca zakwaterowania po udzieleniu pomocy medycznej, o ile z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego zlecony został przez lekarza prowadzącego Ubezpieczonego	
4)	medycznego na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego: a. Allianz Życie organizuje transport medyczny Ubezpieczonego na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego lub do placówki medycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego i pokrywa koszty tego transportu; transport Ubezpieczonego odbywa się po konsultacji z lekarzem prowadzącym leczenie za granicą, dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; b. jeżeli Ubezpieczony zmarł podczas podróży lub pobytu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i Kraju jego zamieszkania, Allianz Życie organizuje transport zwłok do miejsca pochówku na terenie Kraju zamieszkania Ubezpieczonego i pokrywa koszty tego transportu; c. jeżeli Ubezpieczony zmarł podczas podróży lub pobytu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i Kraju zamieszkania Ubezpieczonego, Allianz Życie zorganizuje kremację i transport prochów do miejsca pochówku na terenie Kraju zamieszkania Ubezpieczonego i pokryje koszty tych usług	Bez limitu ²⁾
	d. w ramach usługi opisanej w lit. b powyżej Allianz Życie pokrywa również koszty zakupu trumny przewozowej	5000 zł
3. Koszty zakupu niezbędnych lekarstw oraz środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza		
	Allianz Życie pokrywa koszty lekarstw oraz środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza.	Do wysokości świadczenia wskazanego w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej
4. Koszty leczenia stomatologicznego		
	Allianz Życie pokrywa koszty powstałe w przypadku Nagłego zachorowania w postaci stanów zapalnych i bólowych lub w przypadku, gdy konieczność podjęcia tego leczenia wynika z Wypadku i zostały poniesione wyłącznie na leczenie stomatologiczne przeprowadzone w zakresie wynikającym z konieczności udzielenia niezbędnej natychmiastowej pomocy medycznej; Allianz Życie odpowiada w związku z wystąpieniem maksymalnie dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych w 12-miesięcznych okresach ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego.	400 zł
5. Koszty leczenia powstałe na skutek nieoczekiwanej wojny lub Aktu terroru		
	Jeżeli w trakcie pobytu Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kraju zamieszkania Ubezpieczonego (z wyłączeniem następujących terytoriów: Islamska Republika Afganistanu, Królestwo Arabii Saudyjskiej, Ludowa Republika Bangladeszu, Republika Burundi, Gruzja, Republika Iraku, Jordania, Królestwo Haszymidzkie, Republika Kolumbii, Republika Liberii, Islamska Republika Pakistanu, Republika Rwandy, Syryjska Republika Arabska) w sposób nagły i nieoczekiwany rozpoczęły się działania wojenne albo doszło do Aktu terroru, w następstwie których Ubezpieczony w okresie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, nie później jednak niż siódmego dnia, licząc od daty rozpoczęcia nagłych i nieoczekiwanych działań wojennych lub odpowiednio zajścia Aktu terroru, uległ Wypadkowi, Nagle zachorował lub zmarł, Allianz Życie organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:	
1)	jednej wizyty lekarskiej	8000 zł
2)	hospitalizacji	8000 zł
3)	transportu medycznego Ubezpieczonego na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego	8000 zł
4)	transportu zwłok do miejsca pochówku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego	8000 zł

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje koszty leczenia, opisane w rozdziale I poniżej, oraz usługi assistance, opisane w rozdziale II poniżej, których potrzeba odpowiednio poniesienia lub świadczenia powstała w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku, zaistniałego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kraju zamieszkania Ubezpieczonego:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe ¹⁾
II. ASSISTANCE		
1. Organizacja leczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej		
Jeżeli w wyniku Wypadku Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej Allianz Życie zorganizuje transport medyczny Ubezpieczonego na teren Rzeczypospolitej Polskiej, Allianz Życie organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		
1)	wizyta lekarska – Allianz Życie organizuje i pokrywa koszt dwóch wizyt lekarskich w placówce medycznej lub organizuje i pokrywa koszt dojazdu i honorarium lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego	500 zł
2)	wizyta pielęgniarki – Allianz Życie organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz jej honorarium	500 zł
3)	organizacja wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie Wypadku, Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Allianz Życie zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz:	
a.	organizuje i pokrywa koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do domu Ubezpieczonego	200 zł
b.	pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego.	200 zł
2. Kontynuacja podróży służbowej Ubezpieczonego		
Jeżeli w wyniku Nagłego zachorowania, w trakcie podróży służbowej, Ubezpieczony nie mógł skorzystać ze środków transportu, na które koszty biletów zostały już poniesione, zaś wskutek poprawy stanu zdrowia Ubezpieczony zamierza kontynuować podróż służbową, Allianz Życie organizuje transport (bilet kolejowy, autobusowy lub bilet lotniczy klasy ekonomicznej – gdy podróż kolejną lub autobusem trwa dłużej niż 12 godzin) z miejsca zachorowania Ubezpieczonego do następnego miejsca planowanej podróży służbowej, aby umożliwić Ubezpieczonemu jej kontynuowanie oraz pokrywa koszty tego transportu.		Do wysokości świadczenia wskazanego w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej
3. Organizacja i pokrycie kosztów wizyty bliskiej osoby		
Jeżeli Ubezpieczony jest hospitalizowany poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz jego Kraju zamieszkania Ubezpieczonego przez okres przekraczający 7 dni i nie towarzyszy mu w podróży żadna osoba pełnoletnia, Allianz Życie organizuje transport i pokrywa jego koszty w obydwie strony (bilet kolejowy, autobusowy lub bilet lotniczy klasy ekonomicznej – gdy podróż kolejną lub autobusem trwa dłużej niż 12 godzin) dla wskazanej przez Ubezpieczonego bliskiej osoby.		10 000 zł ³⁾
Dla tej osoby Allianz Życie organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu maksymalnie za 7 dni.		300 zł/dzień
4. Pokrycie kosztów wcześniejszego powrotu Ubezpieczonego na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego		
Jeżeli Ubezpieczony jest zmuszony do nagłego, wcześniejszego powrotu na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego, a pierwotnie przewidziany przez niego środek transportu nie może być wykorzystany, Allianz Życie pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego (bilet kolejowy, autobusowy lub bilet lotniczy klasy ekonomicznej – gdy podróż kolejną lub autobusem trwa dłużej niż 12 godzin). Ochrona ta jest świadczona jedynie w razie:		
a) Nagłego zachorowania współmałżonka, partnera, dziecka, wnuka, rodzica, brata, siostry lub rodzica współmałżonka/partnera Ubezpieczonego, wymagającego w ocenie lekarza prowadzącego natychmiastowej hospitalizacji;		6000 zł ⁴⁾
b) Wypadku skutkującego natychmiastową hospitalizacją współmałżonka, partnera, dziecka, wnuka, rodzica, brata, siostry lub rodzica współmałżonka/partnera Ubezpieczonego;		
c) śmierci współmałżonka, partnera, dziecka, wnuka, rodzica, brata, siostry lub rodzica współmałżonka/partnera Ubezpieczonego;		
d) poważnych zdarzeń losowych zaistniałych w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, za które uważa się: wtamianie do mieszkania, pożar, zalanie mieszkania, huragan.		
Konieczność wcześniejszego powrotu na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju zamieszkania Ubezpieczonego powinna być udowodniona przez Ubezpieczonego i uprzednio zaakceptowana przez Allianz Życie.		
5. Kierowca zastępczy w podróży prywatnej		
W przypadku gdy w wyniku Nagłego zachorowania lub Wypadku, które wystąpiły podczas podróży samochodem poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej i kraju zamieszkania Ubezpieczonego, stan zdrowia Ubezpieczonego, potwierdzony przez lekarza prowadzącego, nie pozwala na prowadzenie samochodu, a osoba towarzysząca Ubezpieczonemu nie posiada prawa jazdy, uprawniającego do prowadzenia samochodu, którym Ubezpieczony podróżuje, Allianz Życie pokrywa koszty organizacji zastępczego kierowcy lub innej osoby posiadającej prawo jazdy, która przewiezie Ubezpieczonego wraz z towarzyszczącymi mu osobami bliskimi na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego.		3000 zł
6. Koszty zwrotu niewykorzystanego Ski-Passa		
Jeżeli w wyniku Nagłego zachorowania lub Wypadku wymagających hospitalizacji lub powodujących znaczne ograniczenie samodzielności ruchowej Ubezpieczonego (tj. niemożność poruszania się i samoobsługi bez pomocy innych osób), które wystąpiły w trakcie pobytu Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego i zostały poświadczone przez lekarza prowadzącego, Ubezpieczony nie będzie w stanie wykorzystać posiadanego karnetu uprawniającego do korzystania z wyciągów narciarskich (tzw. Ski-Passa), Allianz Życie zwraca Ubezpieczonemu koszt niewykorzystanego karnetu (Ski-Passa). Zwrot ten dokonywany jest proporcjonalnie do niewykorzystanej jego części. Zwrot następuje wyłącznie w sytuacji, gdy Ubezpieczony nie ma możliwości dokonania zwrotu niewykorzystanego karnetu do sprzedawcy.		800 zł
7. Poszukiwanie i ratownictwo w górach lub na morzu		

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje koszty leczenia, opisane w rozdziale I poniżej, oraz usługi assistance, opisane w rozdziale II poniżej, których potrzeba odpowiednio poniesienia lub świadczenia powstała w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku, zaistniałego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kraju zamieszkania Ubezpieczonego:	Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe¹⁾
--	---

Allianz Życie organizuje poszukiwanie i ratownictwo Ubezpieczonego w górach lub na morzu przez wyspecjalizowane jednostki ratownicze oraz pokrywa koszty poszukiwania i ratownictwa oraz ich organizacji. Za poszukiwanie uznaje się okres od zgłoszenia zaginięcia do odnalezienia lub zaprzestania akcji poszukiwawczej Ubezpieczonego. Za ratownictwo uznaje się udzielenie doraźnej pomocy medycznej, świadczonej od chwili odnalezienia Ubezpieczonego do czasu przewiezienia go do najbliższego szpitala.

1) Poszukiwanie	22000 zł
2) Ratownictwo	22000 zł

- ¹⁾ Allianz Życie pokrywa koszty leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą do wysokości wskazanej w kolumnie „Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe”, nie więcej jednak niż do wysokości świadczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej wskazanej w Umowie ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego. Wyłączone świadczenia pomniejszają limit odpowiedzialności Allianz Życie z tytułu danego zdarzenia, z wyjątkiem świadczeń opisanych w rozdziale I pkt 2 ppkt 4) lit. a., b. i c.
- ²⁾ Świadczenie nielimitowane wówczas, gdy pomoc organizowana jest a jej koszty są pokrywane przez Allianz Życie po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego lub osoby występującej w jego imieniu z Centrum operacyjnym.
W razie zgłoszenia przez Ubezpieczonego lub osobę występującą w jego imieniu roszczenia o zwrot poniesionych kosztów w trybie, o którym mowa w § 22 ust. 15, pkt 11) o.w.u. (refundacja), Allianz Życie wypłaci świadczenie do wysokości podlimitu równego wysokości świadczenia wskazanego w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej.
- ³⁾ Podany limit obowiązuje w przypadku, gdy pomoc organizowana jest a jej koszty są pokrywane przez Allianz Życie po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego lub osoby występującej w jego imieniu z Centrum operacyjnym.
W razie zgłoszenia przez Ubezpieczonego lub osobę występującą w jego imieniu roszczenia o zwrot poniesionych kosztów w trybie, o którym mowa w § 22 ust. 15, pkt 11) o.w.u. (refundacja), Allianz Życie wypłaci świadczenie do kwoty 3000 zł.
- ⁴⁾ Podany limit obowiązuje w przypadku, gdy pomoc organizowana jest a jej koszty są pokrywane przez Allianz Życie po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego lub osoby występującej w jego imieniu z Centrum operacyjnym.
W razie zgłoszenia przez Ubezpieczonego lub osobę występującą w jego imieniu roszczenia o zwrot poniesionych kosztów w trybie, o którym mowa w § 22 ust. 15, pkt 11) o.w.u. (refundacja), Allianz Życie wypłaci świadczenie do kwoty 3000 zł.

ZAŁĄCZNIK NR 10

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKUŃCZYCH DLA UBEZPIECZONEGO

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
I. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY LUB WYPADKU		
1. Dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza		
W sytuacji gdy Ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza. Koszt leków jest pokrywany przez Ubezpieczonego.		100 zł
2. Transport medyczny z osobą bliską z Miejsca pobytu do odpowiedniego Zakładu opieki zdrowotnej (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)		
Transport medyczny jest organizowany do Zakładu opieki zdrowotnej wskazanego przez lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum operacyjnego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego w Zakładzie opieki zdrowotnej; Transport medyczny jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Ubezpieczonego utrudnia samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej lub b) stan zdrowia Ubezpieczonego nie pozwala na samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.		1000 zł
3. Transport medyczny z osobą bliską z Zakładu opieki zdrowotnej do miejsca zamieszkania (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)		
Transport medyczny jest organizowany w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony przebywa w Zakładzie opieki zdrowotnej; Transport medyczny jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Ubezpieczonego utrudnia samodzielne poruszanie się lub b) stan zdrowia Ubezpieczonego nie pozwala na samodzielne poruszanie się.		1000 zł
4. Transport medyczny z osobą bliską z Zakładu opieki zdrowotnej do Zakładu opieki zdrowotnej (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)		
Transport medyczny jest organizowany w przypadku gdy Zakład opieki zdrowotnej, w którym przebywa Ubezpieczony nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innym Zakładzie opieki zdrowotnej.		1000 zł
5. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego		
Proces rehabilitacyjny jest organizowany jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; Allianz Życie zapewnia:		
a)	zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego, albo	700 zł
b)	zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	700 zł
6. Organizacja wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego		
Usługa jest organizowana jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego w domu; Allianz Życie:		
a)	organizuje i pokrywa koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do domu Ubezpieczonego, dla którego wypożyczono lub zakupiono Sprzęt rehabilitacyjny	500 zł
b)	pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego	500 zł
c)	zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących Sprzęt rehabilitacyjny.	bez limitu
7. Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi		
W sytuacji gdy Ubezpieczony przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie następujących kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi lub Dziećmi Ubezpieczonego:		
a)	przewozu Dzieci pod opieką osoby uprawnionej przez Allianz Życie do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad Dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe)	bez limitu
b)	przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad Dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe).	bez limitu
Centrum operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt. 7 ppkt a) i b) po uzyskaniu przez Lekarza centrum operacyjnego informacji ze Szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdy Centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia pod wskazanym przez osobę zgłaszającą roszczenie adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt. 7) ppkt a) lub b), Allianz Życie:		

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
c) zorganizuje i pokryje koszty opieki nad Dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu ich zamieszkania do wysokości podanej obok w tabeli za każdy dzień i maksymalnie do 3 dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;		150 zł/dzień
usługi, o których mowa w pkt. 7 ppkt a), b) i c), są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji gdy w miejscu jego zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.		
8. Opieka nad Ubezpieczonym Dzieckiem w razie jego zachorowania		
W razie Choroby Ubezpieczonego Dziecka, potwierdzonej przez lekarza, Allianz Życie organizuje i pokrywa koszty opieki nad Ubezpieczonym Dzieckiem. Usługa jest świadczona przez 1 dzień; świadczenie jest realizowane na wniosek jednego z opiekunów Ubezpieczonego Dziecka i za jego pisemną zgodą.		200 zł
9. Organizacja prywatnych lekcji Ubezpieczonemu Dziecku		
W sytuacji gdy Ubezpieczone Dziecko, na podstawie zaświadczenia lekarskiego, będzie musiało przebywać w domu powyżej 7 dni, Allianz Życie organizuje i pokrywa koszty prywatnych lekcji (utraconych lekcji w szkole zgodnie z planem lekcji) w miejscu zamieszkania tego Ubezpieczonego Dziecka.		200 zł
10. Organizacja pobytu przedstawiciela ustawowego w Szpitalu w razie hospitalizacji Ubezpieczonego Dziecka		
W sytuacji gdy Ubezpieczone Dziecko jest hospitalizowane, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa Ubezpieczone Dziecko lub hotelu przyszpitalnym.		500 zł
11. Opieka pielęgniarki po hospitalizacji		
Jeżeli Ubezpieczony na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez okres maksymalnie 5 dni.		1500 zł
12. Pomoc domowa po hospitalizacji		
Jeżeli Ubezpieczony był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakupy podstawowych artykułów spożywczych) po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni.		300 zł
13. Refundacja kosztów za artykuły pierwszej potrzeby		
Jeżeli Ubezpieczony w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, Allianz Życie zapewnia zwrot kosztów za artykuły pierwszej potrzeby (szlafrok, piżama, przybory toaletowe osobistego użytku).		100 zł
II. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU		
Wizyty pielęgniarki		
Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do Miejsca pobytu Ubezpieczonego, o ile nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.		500 zł
III. ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH UBEZPIECZONEGO		
Pomoc psychologa		
W trudnych sytuacjach losowych Ubezpieczonego, to jest w razie: a) zgonu Dziecka lub urodzenia martwego Dziecka; b) Poronienia; c) zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego, Partnera Ubezpieczonego, Rodzica Ubezpieczonego; d) Choroby Współmałżonka Ubezpieczonego, Partnera Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego, Rodzica Ubezpieczonego; e) zaginięcia Dziecka, Współmałżonka Ubezpieczonego, Partnera Ubezpieczonego, Rodzica Ubezpieczonego; Allianz Życie zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu podanego obok w tabeli w odniesieniu do jednej sytuacji losowej; Allianz Życie na prośbę Ubezpieczonego na rzecz którego świadczona jest usługa zapewnia również informacje dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.		500 zł
IV. ZDROWOTNE USŁUGI INFORMACYJNE DLA UBEZPIECZONEGO		
1. INFOLINIA MEDYCZNA CENTRUM OPERACYJNEGO		
W ramach Infolinii Medycznej Centrum operacyjnego Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:		

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
a)	państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie Choroby lub Wypadku	bez limitu
b)	działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży	
c)	placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne	
d)	placówkach handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny	
e)	niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych	
f)	domach pomocy społecznej, hospicjach	
g)	przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby	
h)	schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów prawa)	
i)	niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku	
j)	grupach wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych Dzieci	
k)	aptekach czynnych przez całą dobę	
l)	przydatnych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych dla podróżujących.	
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-l) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.		
2. INFOLINIA ZDROWE ODŻYWIENIE W ramach Infolinii Zdrowe Odżywianie Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:		
a)	dietach dla dzieci, dorosłych, osób starszych, kobiet w ciąży	bez limitu
b)	diecie bezglutenowej	
c)	diecie dla cukrzyków	
d)	diecie dla osób otyłych	
e)	zasadach zdrowego odżywiania	
f)	tabelach kalorycznych, tabelach indeksu glikemicznego	
g)	zapotrzebowaniu organizmu na witaminy lub mikroelementy w razie choroby	
h)	funkcjach poszczególnych witamin w organizmie	
i)	danych teleadresowych lekarzy dietetyków.	
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-i) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.		
3. INFOLINIA BABY ASSISTANCE W ramach Infolinii Baby Assistance Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:		
a)	objawach ciąży	bez limitu
b)	badaniach prenatalnych	
c)	wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu	
d)	szkółach rodzenia	
e)	pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie	
f)	karmieniu noworodka	
g)	obowiązkowych szczepieniach dzieci	
h)	pielęgnacji noworodka.	
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-h) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.		
4. KONSULTACJA TELEFONICZNA		
a)	Z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego	bez limitu
Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej, udzieli odpowiedzi na zadane pytania.		

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:	Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
b) Z dietetykiem Jeżeli Ubezpieczony na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, Allianz Życie zapewnia możliwość telefonicznej rozmowy z dietetykiem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej, udzieli odpowiedzi na zadanie pytania.	2 rozmowy telefoniczne
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-b) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.	
V. POMOC UBEZPIECZONEMU W PRZYPADKU URODZENIA DZIECKA	
Pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym Dzieckiem	
Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, na rzecz którego świadczona jest usługa w okresie 1 miesiąca po wyjściu ze szpitala; Allianz Życie pokrywa koszty jednej wizyty w odniesieniu do każdego nowonarodzonego Dziecka; opieka nad Dzieckiem nowonarodzonym obejmuje: a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia; b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka; c) porady w razie problemów z laktacją; d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie potogu; e) edukację w zakresie szczepień ochronnych.	
150 zł	

ZAŁĄCZNIK NR 10 A)
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKUŃCZYCH DLA UBEZPIECZONEGO RODZICA

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
I. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU RODZICOWI W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY, WYPADKU, ZAOSTRZENIA ORAZ POWIKŁANIA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ		
1. Dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza		
W sytuacji gdy Ubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza; koszt leków jest pokrywany przez Ubezpieczonego Rodzica.		250 zł
2. Dostarczenie do Miejsca pobytu książek		
W sytuacji gdy Ubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia książek; koszt książek jest pokrywany przez Ubezpieczonego Rodzica.		250 zł
3. Dostarczenie do Miejsca pobytu posiłków		
W sytuacji gdy Ubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia posiłków; koszt posiłków jest pokrywany przez Ubezpieczonego Rodzica.		250 zł
4. Pomoc w opłaceniu rachunków		
W sytuacji gdy Ubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty zorganizowania pomocy w opłaceniu rachunków; koszt rachunków jest pokrywany przez Ubezpieczonego Rodzica; usługa jest świadczona maksymalnie 2 razy w roku po zakończeniu hospitalizacji.		250 zł
5. Transport medyczny z osobą bliską z Miejsca pobytu do odpowiedniego Zakładu opieki zdrowotnej (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)		
Transport medyczny jest organizowany do Zakładu opieki zdrowotnej wskazanego przez lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum operacyjnego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego Rodzica w Zakładzie opieki zdrowotnej; Transport medyczny jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Ubezpieczonego Rodzica utrudnia samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej lub b) stan zdrowia Ubezpieczonego Rodzica nie pozwala na samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.		1000 zł
6. Transport medyczny z osobą bliską z Zakładu opieki zdrowotnej do miejsca zamieszkania (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)		
Transport medyczny jest organizowany w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony Rodzic przebywa w Zakładzie opieki zdrowotnej; Transport medyczny jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Ubezpieczonego Rodzica utrudnia samodzielne poruszanie się lub b) stan zdrowia Ubezpieczonego Rodzica nie pozwala na samodzielne poruszanie się.		1000 zł
7. Transport medyczny z osobą bliską z Zakładu opieki zdrowotnej do Zakładu opieki zdrowotnej (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)		
Transport medyczny jest organizowany w przypadku gdy Zakład opieki zdrowotnej, w którym przebywa Ubezpieczony Rodzic nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony Rodzic skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innym Zakładzie opieki zdrowotnej.		1000 zł
8. Transport na wizytę kontrolną		
Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi organizację i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną rocznie pod warunkiem, że hospitalizacja trwała powyżej 5 dni (zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, do 1 roku po zakończeniu hospitalizacji).		1000 zł
9. Transport do i z sanatorium		
Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi, po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni, organizację i pokrycie kosztów transportu do i z sanatorium w wybranym przez Ubezpieczonego Rodzica terminie; transport do i z sanatorium jest organizowany do 1 roku po zakończeniu hospitalizacji.		500 zł
10. Organizacja i pokrycie kosztów wizyty bliskiej osoby w razie hospitalizacji Ubezpieczonego Rodzica		
W sytuacji gdy Ubezpieczony Rodzic przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia:		
a)	zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i ze szpitala w, którym znajduje się Ubezpieczony Rodzic) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego Rodzica;	1000 zł

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
b)	dla tej osoby Allianz Życie organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się Ubezpieczony Rodzic; osobie bliskiej przysługują maksymalnie 2 noclegi w hotelu do wysokości podanej obok w tabeli.	150 zł/doba
11. Opieka osoby bliskiej po hospitalizacji Ubezpieczonego Rodzica		
W sytuacji gdy Ubezpieczony Rodzic przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia:		
a)	zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i z Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego Rodzica	1000 zł
b)	dla tej osoby Allianz Życie organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica; osobie bliskiej przysługują maksymalnie 2 noclegi w hotelu do wysokości podanej obok w tabeli.	150 zł/doba
12. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego		
Proces rehabilitacyjny jest organizowany jeżeli w następstwie Wypadku lub po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni Ubezpieczony Rodzic, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; Allianz Życie zapewnia:		
a)	zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego Rodzica, albo	700 zł
b)	zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	700 zł
13. Organizacja wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego		
Usługa jest organizowana jeżeli w następstwie Wypadku lub po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni Ubezpieczony Rodzic, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego w domu; Allianz Życie:		
a)	organizuje i pokrywa koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do domu Ubezpieczonego Rodzica, dla którego wypożyczono lub zakupiono Sprzęt rehabilitacyjny	500 zł
b)	pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego	500 zł
c)	zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących Sprzęt rehabilitacyjny.	bez limitu
14. Opieka pielęgniarki po hospitalizacji		
Jeżeli Ubezpieczony Rodzic na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez okres maksymalnie 10 dni.		1500 zł
15. Pomoc domowa po hospitalizacji		
Jeżeli Ubezpieczony Rodzic był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakupy podstawowych artykułów spożywczych) po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Ubezpieczony Rodzic nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; usługa świadczona jest maksymalnie przez 10 dni.		500 zł
16. Organizacja opieki pielęgniarki lub pomocy domowej w Miejscu pobytu Ubezpieczonego Rodzica		
Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie opieki pielęgniarki lub pomocy domowej w Miejscu pobytu Ubezpieczonego Rodzica; koszt opieki pielęgniarki lub pomocy domowej jest pokrywany przez Ubezpieczonego Rodzica.		bez limitu
17. Organizacja wizyt lekarskich		
Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie wizyt lekarskich w Zakładzie opieki zdrowotnej lub w Miejscu pobytu Ubezpieczonego Rodzica; koszt wizyty lekarskiej pokrywany jest przez Ubezpieczonego Rodzica.		bez limitu
18. Refundacja kosztów za artykuły pierwszej potrzeby		
Jeżeli Ubezpieczony Rodzic w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, Allianz Życie zapewnia zwrot kosztów za artykuły pierwszej potrzeby (szlafrok, piżama, przybory toaletowe osobistego użytku).		100 zł
II. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU RODZICOWI W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU		
1. Wizyta lekarska		
Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie i pokrycie kosztów jednej wizyty lekarskiej w Zakładzie opieki zdrowotnej lub w Miejscu pobytu Ubezpieczonego Rodzica, o ile nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.		250 zł
2. Wizyty pielęgniarki		
Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica, o ile nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.		500 zł
III. ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH UBEZPIECZONEGO RODZICA		

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:	Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Pomoc psychologa W trudnych sytuacjach losowych Ubezpieczonego Rodzica, to jest w razie: a) zgonu dziecka; b) zgonu współmałżonka/partnera Ubezpieczonego Rodzica, rodzica Ubezpieczonego Rodzica; c) choroby współmałżonka/partnera Ubezpieczonego Rodzica, dziecka Ubezpieczonego Rodzica, rodzica Ubezpieczonego Rodzica; Allianz Życie zapewnia Ubezpieczonemu Rodzicowi organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu podanego obok w tabeli w odniesieniu do jednej sytuacji losowej; Allianz Życie na prośbę Ubezpieczonego Rodzica na rzecz którego świadczona jest usługa zapewnia również informacje dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.	500 zł
IV. ZDROWOTNE USŁUGI INFORMACYJNE DLA UBEZPIECZONEGO RODZICA	
1. INFOLINIA MEDYCZNA CENTRUM OPERACYJNEGO W ramach Infolinii Medycznej Centrum operacyjnego Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji o:	
a) państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie Choroby lub Wypadku b) działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami c) placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne d) placówkach handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny e) niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych f) domach pomocy społecznej, hospicjach g) przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby h) schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów prawa) i) niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku j) grupach wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci k) aptekach czynnych przez całą dobę l) przydatnych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych dla podróżujących.	bez limitu
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-l) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.	
2. INFOLINIA ZDROWE ODŻYWIANIE W ramach Infolinii Zdrowe Odżywianie Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji o:	
a) dietach dla dorosłych, osób starszych b) diecie bezglutenowej c) diecie dla cukrzyków d) diecie dla osób otyłych e) zasadach zdrowego odżywiania f) tabelach kalorycznych, tabelach indeksu glikemicznego g) zapotrzebowaniu organizmu na witaminy lub mikroelementy w razie choroby h) funkcjach poszczególnych witamin w organizmie i) danych teleadresowych lekarzy dietetyków.	bez limitu
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-i) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.	
3. INFOLINIA TRZECIA MŁODOŚĆ W ramach Infolinii Trzecia Młodość Allianz Życie w celu stymulacji psychicznej, umysłowej i fizycznej gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji o:	
a) klubach dla osób starszych w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica b) uniwersytetach „trzeciego wieku” w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica c) wydarzeniach kulturalnych w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica d) zajęciach dedykowanych osobom starszym w domach kultury, salach koncertowych, repertuarze kin i teatrów w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica e) zajęciach komputerowych dla osób starszych w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica f) nordic walking dla osób starszych w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica.	bez limitu

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:	Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
4. KONSULTACJA TELEFONICZNA	
Z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej, udzieli odpowiedzi na zadane pytania; informacje, o których mowa w zdaniu pierwszym nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.	bez limitu

ZAŁĄCZNIK NR 10 B)
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKUŃCZYCH DLA WSPÓŁUBEZPIECZONYCH RODZICÓW

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
I.	UDZIELENIE POMOCY WSPÓŁUBEZPIECZONEMU RODZICOWI W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY, WYPADKU, ZAOSTRZENIA ORAZ POWIKŁANIA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ	
1.	Dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	
	W sytuacji gdy Współubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza; koszt leków jest pokrywany przez Współubezpieczonego Rodzica.	250 zł
2.	Dostarczenie do Miejsca pobytu książek	
	W sytuacji gdy Współubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia książek; koszt książek jest pokrywany przez Współubezpieczonego Rodzica.	250 zł
3.	Dostarczenie do Miejsca pobytu posiłków	
	W sytuacji gdy Współubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia posiłków; koszt posiłków jest pokrywany przez Współubezpieczonego Rodzica.	250 zł
4.	Pomoc w opłaceniu rachunków	
	W sytuacji gdy Współubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty zorganizowania pomocy w opłaceniu rachunków; koszt rachunków jest pokrywany przez Współubezpieczonego Rodzica; usługa jest świadczona maksymalnie 2 razy w roku po zakończeniu hospitalizacji.	250 zł
5.	Transport medyczny z osobą bliską z Miejsca pobytu do odpowiedniego Zakładu opieki zdrowotnej (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)	
	Transport medyczny jest organizowany do Zakładu opieki zdrowotnej wskazanego przez lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum operacyjnego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Współubezpieczonego Rodzica w Zakładzie opieki zdrowotnej; Transport medyczny jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Współubezpieczonego Rodzica utrudnia samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej lub b) stan zdrowia Współubezpieczonego Rodzica nie pozwala na samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.	1000 zł
6.	Transport medyczny z osobą bliską z Zakładu opieki zdrowotnej do miejsca zamieszkania (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)	
	Transport medyczny jest organizowany w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Współubezpieczony Rodzic przebywa w Zakładzie opieki zdrowotnej; Transport medyczny jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Współubezpieczonego Rodzica utrudnia samodzielne poruszanie się lub b) stan zdrowia Współubezpieczonego Rodzica nie pozwala na samodzielne poruszanie się.	1000 zł
7.	Transport medyczny z osobą bliską z Zakładu opieki zdrowotnej do Zakładu opieki zdrowotnej (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)	
	Transport medyczny jest organizowany w przypadku gdy Zakład opieki zdrowotnej, w którym przebywa Współubezpieczony Rodzic nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Współubezpieczony Rodzic skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innym Zakładzie opieki zdrowotnej.	1000 zł
8.	Transport na wizytę kontrolną	
	Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi organizację i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni (zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, do 1 roku po zakończeniu hospitalizacji).	1000 zł
9.	Transport do i z sanatorium	
	Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi, po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni, organizację i pokrycie kosztów transportu do i z sanatorium w wybranym przez Współubezpieczonego Rodzica terminie; transport do i z sanatorium jest organizowany do 1 roku po zakończeniu hospitalizacji.	500 zł
10.	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty bliskiej osoby w razie hospitalizacji Współubezpieczonego Rodzica	
	W sytuacji gdy Współubezpieczony Rodzic jest hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia:	
a)	zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i ze szpitala w, którym znajduje się Współubezpieczony Rodzic) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Współubezpieczonego Rodzica	1000 zł

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
b)	dla tej osoby Allianz Życie organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się Współubezpieczony Rodzic; osobie bliskiej przysługują maksymalnie 2 noclegi w hotelu do wysokości podanej obok w tabeli.	150 zł/doba
11. Opieka osoby bliskiej po hospitalizacji Współubezpieczonego Rodzica		
	W sytuacji gdy Współubezpieczony Rodzic przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia:	150 zł/doba
a)	zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i z Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Współubezpieczonego Rodzica	1000 zł
b)	dla tej osoby Allianz Życie organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica; osobie bliskiej przysługują maksymalnie 2 noclegi w hotelu do wysokości podanej obok w tabeli.	
12. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego		
	Proces rehabilitacyjny jest organizowany jeżeli w następstwie Wypadku lub po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni Współubezpieczony Rodzic, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; Allianz Życie zapewnia:	
	zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu Współubezpieczonego Rodzica, albo	700 zł
	zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	700 zł
13. Organizacja wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego		
	Usługa jest organizowana jeżeli w następstwie Wypadku lub po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni Współubezpieczony Rodzic, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego w domu; Allianz Życie:	
a)	organizuje i pokrywa koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do domu Współubezpieczonego Rodzica, dla którego wypożyczono lub zakupiono Sprzęt rehabilitacyjny	500 zł
b)	pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego	500 zł
c)	zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących Sprzęt rehabilitacyjny.	bez limitu
14. Opieka pielęgniarki po hospitalizacji		
	Jeżeli Współubezpieczony Rodzic na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Współubezpieczonego Rodzica przez okres maksymalnie 10 dni.	1500 zł
15. Pomoc domowa po hospitalizacji		
	Jeżeli Współubezpieczony Rodzic był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakupy podstawowych artykułów spożywczych) po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Współubezpieczony Rodzic nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; usługa świadczona jest maksymalnie przez 10 dni.	500 zł
16. Organizacja opieki pielęgniarki lub pomocy domowej w Miejscu pobytu Współubezpieczonego Rodzica		
	Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie opieki pielęgniarki lub pomocy domowej w Miejscu pobytu Współubezpieczonego Rodzica; koszt opieki pielęgniarki lub pomocy domowej jest pokrywany przez Współubezpieczonego Rodzica.	bez limitu
17. Organizacja wizyt lekarskich		
	Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie wizyt lekarskich w Zakładzie opieki zdrowotnej lub w Miejscu pobytu Współubezpieczonego Rodzica; koszt wizyty lekarskiej pokrywany przez Ubezpieczonego Rodzica.	bez limitu
18. Refundacja kosztów za artykuły pierwszej potrzeby		
	Jeżeli Współubezpieczony Rodzic w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, Allianz Życie zapewnia zwrot kosztów za artykuły pierwszej potrzeby (szlafrok, piżama, przybory toaletowe osobistego użytku).	100 zł
II. UDZIELENIE POMOCY WSPÓŁUBEZPIECZONEMU RODZICOWI W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU		
1. Wizyta lekarska		
	Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie i pokrycie kosztów jednej wizyty lekarskiej w Zakładzie opieki zdrowotnej lub w Miejscu pobytu Współubezpieczonego Rodzica, o ile nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.	250 zł
2. Wizyty pielęgniarki		
	Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica, o ile nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.	500 zł
III. ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH WSPÓŁUBEZPIECZONEGO RODZICA		

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Pomoc psychologa		
W trudnych sytuacjach losowych Współubezpieczonego Rodzica, to jest w razie: a) zgonu dziecka, b) zgonu współmałżonka/partnera Współubezpieczonego Rodzica, partnera Współubezpieczonego Rodzica, rodzica Współubezpieczonego Rodzica, c) choroby współmałżonka/partnera Współubezpieczonego Rodzica, dziecka Współubezpieczonego Rodzica, rodzica Współubezpieczonego Rodzica; Allianz Życie zapewnia Współubezpieczonemu Rodzicowi organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu podanego obok w tabeli w odniesieniu do jednej sytuacji losowej; Allianz Życie na prośbę Współubezpieczonego Rodzica na rzecz którego świadczona jest usługa zapewnia również informacje dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.		500 zł
IV. ZDROWOTNE USŁUGI INFORMACYJNE DLA WSÓŁUBEZPIECZONEGO RODZICA		
1. INFOLINIA MEDYCZNA CENTRUM OPERACYJNEGO		
W ramach Infolinii Medycznej Centrum operacyjnego Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji o:		
a)	państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie Choroby lub Wypadku	bez limitu
b)	działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami	
c)	placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne	
d)	placówkach handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny	
e)	niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych	
f)	domach pomocy społecznej, hospicjach	
g)	przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby	
h)	schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów prawa)	
i)	niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku	
j)	grupach wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci	
k)	apteekach czynnych przez całą dobę	
l)	przydatnych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych dla podróżujących.	
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-l) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.		
2. INFOLINIA ZDROWE ODŻYWIENIE		
W ramach Infolinii Zdrowe Odżywianie Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji o:		
a)	dietach dla dorosłych, osób starszych	bez limitu
b)	diecie bezglutenowej	
c)	diecie dla cukrzyków	
d)	diecie dla osób otyłych	
e)	zasadach zdrowego odżywiania	
f)	tabelach kalorycznych, tabelach indeksu glikemicznego	
g)	zapotrzebowaniu organizmu na witaminy lub mikroelementy w razie choroby	
h)	funkcjach poszczególnych witamin w organizmie	
i)	danych teleadresowych lekarzy dietetyków	
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-i) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.		
3. INFOLINIA TRZECIA MŁODOŚĆ		
W ramach Infolinii Trzecia Młodość Allianz Życie w celu stymulacji psychicznej, umysłowej i fizycznej gwarantuje osobie Współubezpieczonej dostęp do informacji o:		

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:	Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
g) klubach dla osób starszych w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica	
h) uniwersytetach „trzeciego wieku” w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica	
i) wydarzeniach kulturalnych w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica	
j) zajęciach dedykowanych osobom starszym w domach kultury, salach koncertowych, repertuarze kin i teatrów w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica	bez limitu
k) zajęciach komputerowych dla osób starszych w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica	
l) nordic walking dla osób starszych w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica.	
4. KONSULTACJA TELEFONICZNA	
Z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego	
Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej, udzieli odpowiedzi na zadane pytania; informacje, o których mowa w zdaniu pierwszym nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.	bez limitu

ZAŁĄCZNIK NR A
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

WYKAZ SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

Wykaz Sprzętu rehabilitacyjnego do Umowy dodatkowej:

- a) świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego;
 b) świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego Rodzica;
 c) świadczeń opiekuńczych dla Współubezpieczonych Rodziców;
 d) kosztów leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą.

Jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w powyższych Umowach dodatkowych Ubezpieczony lub Współubezpieczony Rodzic, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Allianz Życie pokrywa koszty organizacji i zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego:

- 1) balkonik rehabilitacyjny
- 2) buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe
- 3) do stymulacji odpowiedniej ruchomości w stawie: aparat Bunell'a
- 4) ciężarki do rehabilitacji, w tym ciężarki na rzepy
- 5) dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny)
- 6) elektrostymulator: TENS/EMS, Proktostim, Kegel Plus
- 7) gorsety ortopedyczne
- 8) guma treningowa (rehabilitacyjna)
- 9) kamaszek na gips, nakładki gumowe na gips
- 10) kołnierz ortopedyczny
- 11) kule tokciowe
- 12) laska – czwórnóg rehabilitacyjny
- 13) lekki gips
- 14) ławeczka na wannę
- 15) łóżko ortopedyczne
- 16) mata rehabilitacyjna
- 17) nasadka toaletowa
- 18) opaska żebrowa
- 19) pas kompresujący
- 20) pas poporodowy
- 21) pas przepuklinowy
- 22) pas stabilizujący mostek
- 23) piłka rehabilitacyjna
- 24) podnośnik wannowy
- 25) poduszka ortopedyczna
- 26) przyspieszającego proces gojenia kości: aparat Exogen
- 27) slipy przepuklinowe
- 28) stabilizator, w tym aparat tulejkowy
- 29) stół do masażu i ćwiczeń rehabilitacyjnych
- 30) ułatwiającego odpowiednie ułożenie/zmianę pozycji ciała
- 31) szyna ortopedyczna/szyna CPM
- 32) szyna (orteza), opaska elastyczna (w tym podkolanówki uciskowe)
- 33) szyna stabilizacyjna
- 34) taśma rehabilitacyjna

35)	trenerzy równowagi
36)	uchwyty do robienia pompek
37)	watek, półwatek, klin, kostka do rehabilitacji
38)	wózek rehabilitacyjny
39)	wyrób uciskowy Codopress
40)	zapewniającego odpowiednie ułożenie kończyny lub kości twarzoczaszki: aparat Stacka, aparat odciążający staw skroniowo-żuchwowy, obcas, szyna Brauna.