

ALLIANZ RODZINA DODATKOWE PAKIETY

indywidualny wybór w grupowym ubezpieczeniu

Pakiety wzmacniają Twoją ochronę w wybranych obszarach. Możesz z nimi zyskać dostęp do usług assistance, a w pakiecie onkologicznym – do specjalistycznych usług medycznych. Świadczenie, które wypłacimy, gdy dojdzie do zdarzenia objętego zakresem pakietu, powiększy wsparcie finansowe z głównego ubezpieczenia.

PAKIET MAŁŻONEK PARTNER

Wsparcie dla małżonka lub partnera po wypadku lub w czasie choroby



10 zł

Wypłata świadczenia:

- 75 zł dziennie – w przypadku leczenia małżonka lub partnera w szpitalu,
- 300 zł dziennie – w przypadku leczenia małżonka lub partnera w szpitalu w następstwie wypadku,
- 300 zł – za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w następstwie wypadku.

Do 3000 zł na pokrycie kosztów leczenia poniesionych na terenie Polski w następstwie wypadku, w tym:

- honoraria lekarskie,
- koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, operacji plastycznych zaleconych przez lekarza,
- koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza,
- koszty lekarstw, zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, wózka inwalidzkiego, protez, środków pomocniczych i opatrunkowych zaleconych przez lekarza,
- koszty transportu medycznego środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia poszkodowanego małżonka/partnera.

PAKIET DZIECKO

Wsparcie dla wszystkich dzieci ubezpieczonego do 25 r.ż. w razie wypadku lub choroby



10 zł

Wypłata świadczenia:

- 10 000 zł – w razie poważnego zachorowania dziecka (obejmuje 24 jednostki chorobowe),
- 150 zł – za procent uszczerbku na zdrowiu dziecka w następstwie wypadku lub 400 zł w razie pogryzienia dziecka przez psa,
- 40 zł dziennie – w razie leczenia dziecka w szpitalu,
- 80 zł dziennie – w razie leczenia dziecka w szpitalu w następstwie wypadku.

Assistance w postaci maks. 10 świadczeń medycznych na każdą zdiagnozowaną chorobę lub wykonany zabieg u dziecka ubezpieczonego, z katalogu 24 chorób i zabiegów – z uwzględnieniem wskazanych niżej sum ubezpieczenia (SU) dla danego świadczenia medycznego:

- konsultacje specjalistów: chirurg, okulista, otolaryngolog, ortopeda, ginekolog, kardiolog, neurolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, neurochirurg, hepatolog, psycholog (SU 5000 zł),
- diagnostyka laboratoryjna (SU 800 zł),
- badania specjalistyczne: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny – jedno badanie na każde zdarzenie, RTG, USG – bez ograniczeń ilościowych w ramach 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg (SU 4400 zł).

Do 2000 zł na pokrycie kosztów leczenia dziecka poniesionych na terenie Polski w następstwie wypadku, w tym:

- honoraria lekarskie,
- koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, operacji plastycznych zaleconych przez lekarza,
- koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza,
- koszty lekarstw, zakupu lub wypożyczenia protez sprzętu rehabilitacyjnego, wózka inwalidzkiego, zaleconych przez lekarza
- koszty transportu medycznego środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia poszkodowanego dziecka.

PAKIET SENIOR

Opieka nad rodzicami (bez ograniczenia wiekowego)



10 zł

Wypłata świadczenia 5000 zł w razie poważnego zachorowania rodzica – obejmuje 20 jednostek chorobowych.

Assistance w postaci maks. 10 świadczeń medycznych na każdą zdiagnozowaną chorobę lub wykonany zabieg u rodzica z katalogu 20 chorób i zabiegów z uwzględnieniem wskazanych niżej sum ubezpieczenia (SU) dla danego świadczenia medycznego:

- konsultacje specjalistów: chirurg, okulista otolaryngolog, ortopeda, ginekolog, kardiolog, neurolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, neurochirurg, hepatolog, psycholog (SU 5000 zł),
- diagnostyka laboratoryjna (SU 800 zł),
- badania specjalistyczne: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny – jedno badanie na każde zdarzenie, RTG, USG – bez ograniczeń ilościowych w ramach 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg (SU 4400 zł).

Świadczenia opiekuńcze dla rodzica:

- wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego (SU 500 zł),
- transporty medyczne do, z i pomiędzy placówkami (SU 1000 zł na każde ze świadczeń),
- rehabilitacja po wypadku lub pobycie w szpitalu (SU 2000 zł),
- opieka pielęgniarki po pobycie w szpitalu, który trwał powyżej 5 dni – do 30 dni (SU 5000 zł) lub po wypadku – do 15 dni (SU 2000 zł),
- pomoc domowa po pobycie w szpitalu, który trwał powyżej 5 dni – do 30 dni (SU 5000 zł) lub po wypadku – do 15 dni (SU 2000 zł),
- dostarczenie leków, książek, posiłków po pobycie w szpitalu (do 250 zł na każde ze świadczeń),
- wsparcie psychologa w trudnych sytuacjach losowych.

PAKIET CHOROBY

Wsparcie dla ubezpieczonego w razie zachorowania lub operacji



15 zł

Wypłata świadczenia:

- **5000 zł** – za poważne zachorowanie (zakres rozszerzony – obejmuje 65 jednostek chorobowych)
- **do 3000 zł** – z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego,
- **do 2000 zł** – za zabieg operacyjny,
- **50 zł dziennie** – w przypadku leczenia ubezpieczonego w szpitalu,
- **do 3000 zł** – za leczenie ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia.

Assistance w postaci maks. 10 świadczeń medycznych dla ubezpieczonego na każdą zdiagnozowaną chorobę lub wykonany zabieg z katalogu 65 chorób i zabiegów:

- konsultacje specjalistów: chirurg, okulista, otolaryngolog, ortopeda, ginekolog, kardiolog, neurolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, neurochirurg, hepatolog, psycholog,
- diagnostyka laboratoryjna,
- badania specjalistyczne: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny – jedno badanie na każde zdarzenie, RTG, USG – bez ograniczeń ilościowych w ramach 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg.

PAKIET ONKOLOGICZNY

Wsparcie dla ubezpieczonego w razie choroby nowotworowej



10 zł

Pakiet świadczeń medycznych dla ubezpieczonego, któremu wydano kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego:

- konsultacje lekarzy specjalistów: chirurg, okulista, otolaryngolog, ortopeda, ginekolog, urolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, onkolog, endokrynolog, hepatolog, hematolog, nefrolog, dermatolog,
- diagnostyka laboratoryjna, w tym markery nowotworowe,
- badania specjalistyczne: RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, biopsja – pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym.

Pakiet świadczeń medycznych dla ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania u niego zaawansowanego nowotworu:

- świadczenia assistance do 5000 zł w odniesieniu do każdego zdarzenia (m.in. transporty medyczne, pomoc pielęgniarki, dostarczenie posiłków i leków, pomoc domowa, opieka nad niepełnoletnimi dziećmi i osobami niesamodzielnymi lub zwierzętami domowymi, zwrot kosztów peruk i protez),
- rehabilitacja – maks. 10 zabiegów w odniesieniu do każdego zdarzenia,
- do 20 000 zł na pokrycie kosztów operacji plastycznej, która ma na celu usunięcie blizn, znamion lub nieprawidłowości w budowie ciała powstałych w wyniku operacyjnego usunięcia zaawansowanego nowotworu.

Pakiet świadczeń medycznych związanych z najbliższą rodziną w przypadku zdiagnozowania u ubezpieczonego zaawansowanego nowotworu – z uwzględnieniem wskazanych niżej sum ubezpieczenia (SU) dla danego świadczenia medycznego:

- pomoc psychoonkologa – maks. 5 konsultacji łącznie dla małżonka/partnera i dzieci w odniesieniu do każdego zdarzenia (SU 3000 zł),
- maks. 1 test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów dla rodzeństwa i dzieci ubezpieczonego łącznie w odniesieniu do każdego zdarzenia (SU 5000 zł),
- maks. 1 konsultacja onkologiczno-genetyczna dla rodzeństwa i dzieci ubezpieczonego łącznie w odniesieniu do każdego zdarzenia (SU 3000 zł).

Pakiet świadczeń medycznych dla ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania zaawansowanego nowotworu u rodzeństwa, dziecka lub rodzica ubezpieczonego z uwzględnieniem wskazanych niżej sum ubezpieczenia (SU) dla danego świadczenia medycznego:

- pomoc psychoonkologa – maks. 5 konsultacji w odniesieniu do każdego zdarzenia (SU 3000 zł),
- maks. 1 test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów w odniesieniu do każdego zdarzenia (SU 5000 zł),
- maks. 1 konsultacja onkologiczno-genetyczna w odniesieniu do każdego zdarzenia (SU 3000 zł).

PAKIET KARDIOLOGICZNY

Wsparcie dla ubezpieczonego na wypadek zawału lub udaru



5 zł

Wypłata świadczenia:

- **100 zł dziennie** – z tytułu leczenia ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu,
- **5000 zł** – w ramach kardiologicznego leczenia specjalistycznego (w tym ablacja, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca).

Teleopieka kardiologiczna dla ubezpieczonego, w tym:

- wypożyczenie osobistego aparatu EKG na okres 180 dni,
- stały monitoring i analiza odczytów,
- wezwanie pogotowia w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej,
- stały kontakt telefoniczny z personelem medycznym.

PAKIET KOMUNIKACYJNY

Dodatkowe świadczenia w razie wypadku komunikacyjnego, w którym ucierpi ubezpieczony



10 zł

Wypłata świadczenia:

- **100 000 zł** – w razie śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku,
- **100 000 zł** – dodatkowo w razie śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (czyli razem wypłacimy 200 000 zł),
- **500 zł** – za leczenie w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego (od 1. dnia pobytu w szpitalu).

Do 5000 zł na pokrycie kosztów leczenia ubezpieczonego poniesionych na terenie Polski w następstwie wypadku, w tym:

- honoraria lekarskie,
- koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, operacji plastycznych zaleconych przez lekarza,
- koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza,
- koszty lekarstw, zakupu lub wypożyczenia protez sprzętu rehabilitacyjnego, wózka inwalidzkiego, środków pomocniczych i opatrunkowych zaleconych przez lekarza,
- koszty transportu medycznego ubezpieczonego środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga jego stan zdrowia.

PAKIET WYPADKOWY

Dodatkowe świadczenia w razie wypadku, w którym ucierpi ubezpieczony



10 zł

Wypłata świadczenia:

- **50 000 zł** – w razie śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku,
- **300 zł** – za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie wypadku (zakres rozszerzony),
- **150 zł** – za uraz, który nie powoduje trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Do 3000 zł na pokrycie kosztów leczenia ubezpieczonego poniesionych na terenie Polski w następstwie wypadku, w tym:

- honoraria lekarskie,
- koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, operacji plastycznych zaleconych przez lekarza,
- koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza,
- koszty lekarstw, zakupu lub wypożyczenia protez sprzętu rehabilitacyjnego, wózka inwalidzkiego, środków pomocniczych i opatrunkowych zaleconych przez lekarza,
- koszty transportu medycznego ubezpieczonego środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga jego stan zdrowia.

Informacji zawartych w tym materiale reklamowym nie należy odczytywać jako oferty w rozumieniu art. 66 § 1 Kodeksu cywilnego. Dokument ten nie stanowi wzorca umownego ani części treści umowy ubezpieczenia. Materiały są prezentowane jedynie w celach informacyjnych. Decyzja o nabyciu produktu ubezpieczeniowego powinna zostać podjęta po wcześniejszym zapoznaniu się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina o indeksie GZ13, zatwierdzonymi uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 33/2020 i obowiązującymi od 01.06.2020 r., w których znajdują się postanowienia dotyczące m.in. składek, sum ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności, warunków wypłaty i zasad obliczania świadczeń ubezpieczeniowych.

O.w.u. są dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl, u pracodawcy oraz u agenta lub brokera ubezpieczeniowego.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).