



ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA



Oferowane zakresy wraz z wysokością miesięcznej składki

RODZAJ ŚWIADCZENIA	ZAKRES	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA	
		Dla Ciebie Premium REF	Dla Ciebie Optimum END REF
Świadczenia podstawowe	Dostęp do świadczeń zdrowotnych (wariant) organizacja i pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych dostępnych w wariantach współpracujących z nami placówkach medycznych lub zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych na zasadach i do wysokości cennika wskazanego w warunkach umowy		
	Zgon ubezpieczonego	1 000 zł	1 000 zł
	Świadczenia opiekuńcze dla Ubezpieczonego	zgodnie z o.w.u.	zgodnie z o.w.u.

RODZAJ PAKIETU	WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ SKŁADKI	
Pakiet Indywidualny	37,00 zł kod Z1PI	89,00 zł kod Z4PI
Pakiet Partnerski	82,00 zł kod Z2PP	198,00 zł kod Z5PP
w tym wliczona dopłata za partnera/współmatronkę albo dziecko	45,00 zł	109,00 zł
Pakiet Rodzinny	129,00 zł kod Z3PR	310,00 zł kod Z6PR
w tym wliczona dopłata za członków rodziny	92,00 zł	221,00 zł

UMOWA	SUMA UBEZPIECZENIA
Grupowe ubezpieczenie zdrowotne Allianz Opieka Zdrowotna	1 000 zł

★ Specjalne warunki dla Państwa

Wariant Dla Ciebie Premium w załączniku nr 1 do o.w.u. otrzymuje brzmienie Dla Ciebie Premium REF. Dla wariantu Dla Ciebie Premium REF ulega zmianie cennik refundacyjny wskazany w tabeli znajdującej się w załączniku nr 1 do o.w.u. Allianz Życie w przypadkach wymienionych w § 18 ust. 1 o.w.u. zwraca koszty Świadczeń zdrowotnych dla poniżej wskazanych pozycji, maksymalnie do wysokości: 1. Rozdział IV. pkt 2 (Opieka specjalistyczna), ppkt 1)-27) – 110 zł 2. Rozdział XV. pkt 1 (USG – narząd rodny, narządy męskie, ciąża), ppkt 1)-2) – 90 zł 3. Rozdział XV. pkt 1 (USG – narząd rodny, narządy męskie, ciąża), ppkt 3)-6) – 100 zł

Wariant Dla Ciebie Optimum w załączniku nr 1 do o.w.u. otrzymuje nową nazwę Dla Ciebie Optimum END REF i zostaje rozszerzony o pozycje: 1. Rozdział IV pkt 2. ppkt 29)-30) (endokrynolog, ginekolog endokrynolog); 2. Rozdział XII pkt 3. ppkt 1)-5) [hormon tyreotropowy (TSH), trójiodotyronina całkowita (TT3), trójiodotyronina wolna (FT3), tyroksyna całkowita (TT4), tyroksyna wolna (FT4)]; 3. Rozdział XII pkt 13. ppkt 7)-15) [hormon tyreotropowy/tyreotropina (TSH), trójiodotyronina całkowita (TT3), trójiodotyronina wolna (FT3), tyroksyna całkowita (TT4), tyroksyna wolna (FT4), hormon folikulotropowy (FSH), hormon luteinizujący/lutropina (LH), kortyzol/glikokortykosteroid, tyreoglobulina (TG)]. Wariant Dla Ciebie Optimum w załączniku nr 1 do o.w.u. otrzymuje brzmienie Dla Ciebie Optimum REF. Dla wariantu Dla Ciebie Optimum REF ulega zmianie cennik refundacyjny wskazany w tabeli znajdującej się w załączniku nr 1 do o.w.u. Allianz Życie w przypadkach wymienionych w § 18 ust. 1 o.w.u. zwraca koszty Świadczeń zdrowotnych dla poniżej wskazanych pozycji, maksymalnie do wysokości: 1. Rozdział IV. pkt 1 (Opieka lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej), ppkt 1)-3) – 90 zł; 2. Rozdział IV. pkt 2 (Opieka specjalistyczna), ppkt 1)-27), 29)-30) – 110 zł; 3. Rozdział VII. (WIZYTY DOMOWE), ppkt 1) – 150 zł; 4. Rozdział XV. pkt 1 (USG – narząd rodny, narządy męskie, ciąża), ppkt 1)-2) – 90 zł; 5. Rozdział XV. pkt 1 (USG – narząd rodny, narządy męskie, ciąża), ppkt 3)-6) – 100 zł; 6. Rozdział XV. pkt 2 (USG – jama brzuszna, układ moczowy), ppkt 1)-2) – 100 zł; 7. Rozdział XV. pkt 3 [USG – narządu ruchu (stawy i mięśnie)], ppkt 1)-15) – 100 zł; 8. Rozdział XV. pkt 4 (USG – pozostałe), ppkt 1), 3), 5)-7), 9) – 100 zł; 9. Rozdział XV. pkt 4 (USG – pozostałe), ppkt 2), 4), 8) – 160 zł; 10. Rozdział XVII. (REZONANS MAGNETYCZNY – NMR Z OPISEM), ppkt 1), 3), 5), 7), 9), 11) – 450 zł; 11. Rozdział XVII. (REZONANS MAGNETYCZNY – NMR Z OPISEM), ppkt 2), 4), 6), 8), 10), 12) – 550 zł.

Świadczenia opiekuńcze

MAKSYMALNE LIMITY BEZGOTÓWKOWE NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

RODZAJ ŚWIADCZENIA	UBEZPIECZONY
Transport medyczny z osobą bliską z miejsca zdarzenia ubezpieczeniowego do zakładu opieki zdrowotnej (1 transport na zdarzenie)	1 000 zł
Transport medyczny z osobą bliską z zakładu opieki zdrowotnej do miejsca zamieszkania (1 transport na zdarzenie)	1 000 zł
Transport medyczny z osobą bliską z zakładu opieki zdrowotnej do innego zakładu opieki zdrowotnej (1 transport na zdarzenie)	1 000 zł
Transport na 1 wizytę kontrolną po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni (zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, do 1 roku po zakończeniu hospitalizacji)	–
Wizyty fizykoterapeuty w domu albo transport oraz wizyty w poradni rehabilitacyjnej	700 zł
Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego	500 zł
Transport sprzętu rehabilitacyjnego do domu	500 zł
Organizacja i pokrycie kosztów jednej wizyty lekarskiej w zakładzie opieki zdrowotnej lub w miejscu pobytu po wypadku	–
Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu po wypadku	500 zł
Opieka pielęgniarki po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni	1 500 zł (max 5 dni)
Pomoc domowa (przygotowanie posiłków, drobne zakupy) po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni	300 zł (max 5 dni)
Organizacja pielęgniarki lub pomocy domowej (bez pokrycia kosztów opieki pielęgniarki lub pomocy domowej)	–
Organizacja wizyt lekarskich w zakładzie opieki zdrowotnej lub w miejscu pobytu (bez kosztów wizyt lekarskich)	–

**MAKSYMALNE LIMITY BEZGOTÓWKOWE
NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE**

RODZAJ ŚWIADCZENIA	UBEZPIECZONY
Zwrot kosztów za artykuły pierwszej potrzeby (szlafrok, piżama, przybory toaletowe osobistego użytku) po nieplanowanej hospitalizacji trwającej powyżej 3 dni	100 zł
Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi w przypadku hospitalizacji ubezpieczonego trwającej powyżej 3 dni	450 zł (max 150 zł/dzień)
Przewóz dzieci do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej i ich powrót w przypadku hospitalizacji ubezpieczonego trwającej powyżej 3 dni	koszt biletów kolejowych 1 klasy lub biletów autobusowych
Przejazd osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania ubezpieczonego i powrót w przypadku hospitalizacji ubezpieczonego trwającej powyżej 3 dni	koszt biletów kolejowych 1 klasy lub biletów autobusowych
Opieka nad ubezpieczonym dzieckiem w razie jego zachorowania	200 zł (max 1 dzień)
Zwrot kosztów zakupu biletów autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej do i ze szpitala w czasie hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni	–
Organizacja i pokrycie kosztów noclegu jednej osoby bliskiej w pobliżu szpitala w czasie hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni	–
Zwrot kosztów zakupu biletów autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej do i z miejsca pobytu po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni	–
Organizacja i pokrycie kosztów noclegu jednej osoby bliskiej w hotelu po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni	–
Organizacja i pokrycie kosztów transportu do i z sanatorium w wybranym przez ubezpieczonego terminie, po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni (do 1 roku po zakończeniu hospitalizacji)	–
Dostarczanie leków do miejsca pobytu (bez kosztów leków)	100 zł
Dostarczenie książek po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni (bez kosztów książek)	–
Dostarczenie posiłków po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni (bez kosztów posiłków)	–
Pomoc w opłaceniu rachunków po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni (bez kosztów rachunku)	–
Konsultacja telefoniczna z dietetykiem po hospitalizacji trwającej powyżej 3 dni	max. 2 razy
Wizyty u psychologa w razie poważnej choroby osoby bliskiej, śmierci osoby bliskiej, poronienia	500 zł
Organizacja prywatnych lekcji ubezpieczonemu dziecku po wypadku lub chorobie skutkujących nieobecnością w szkole powyżej 7 dni (organizacja i pokrycie kosztów utraconych lekcji w szkole zgodnie z planem lekcji)	200 zł
Organizacja pobytu opiekuna prawnego w szpitalu w razie hospitalizacji ubezpieczonego dziecka	500 zł

**MAKSYMALNE LIMITY BEZGOTÓWKOWE
NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE**

RODZAJ ŚWIADCZENIA	UBEZPIECZONY
Pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowo narodzonym dzieckiem	150 zł
Infolinia Zdrowe Odżywianie	bez limitu
Infolinia Zdrowotne usługi informacyjne	bez limitu
Infolinia Baby Assistance	bez limitu
Infolinia Trzecia Młodość	–

W przypadku zdarzenia prosimy o kontakt telefoniczny z Allianz tel. +48 224 224 224

Oświadczenie ubezpieczającego

Oświadczam, że przed złożeniem mi tej propozycji zmiany warunków umowy ubezpieczenia przeprowadzono badanie moich wymagań i potrzeb w celu weryfikacji, czy propozycja jest z nimi zgodna

w zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Przed zmianą warunków umowy ubezpieczenia przekazano mi dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (kartę produktu) oraz dokument

informacyjny zawierający informacje, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

 **Potwierdzam akceptację warunków**

Ubezpieczający

data

podpis