

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

PAKIET DZIECKO

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



10 zł

PAKIET SENIOR

Opieka nad rodzicami
(bez ograniczenia wiekowego)



10 zł

PAKIET KARDIOLOGICZNY

Wsparcie dla ubezpieczonego
na wypadek zawału lub udaru



5 zł

PAKIET ONKOLOGICZNY

Wsparcie dla ubezpieczonego
w razie choroby nowotworowej



10 zł

PAKIET CHOROBY

Wsparcie dla ubezpieczonego
w razie zachorowania
lub operacji



15 zł

PAKIET POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA

Dodatkowe świadczenie
w przypadku diagnozy choroby



4 zł

PAKIET WYPADKOWY

Dodatkowe świadczenia w razie
wypadku, w którym ucierpi
ubezpieczony



10 zł

PAKIET KOMUNIKACYJNY

Dodatkowe świadczenia w razie
wypadku komunikacyjnego,
w którym ucierpi ubezpieczony



10 zł

**PAKIET
MAŁŻONEK/
PARTNER**

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**

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 sprzętu rehabilitacyjnego, wózka inwalidzkiego, zaleconych przez lekarza
- koszty transportu medycznego środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia poszkodowanego dziecka.

**PAKIET
SENIOR**


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
WYPADKOWY**

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.

**PAKIET
KOMUNIKACYJNY**

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
KARDIOLOGICZNY**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
CHOROBY**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 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 niepełnosamodzielnymi 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
ONKOLOGICZNYPAKIET
POWTÓRNA OPINIA
MEDYCZNA

Pakiet świadczeń realizowany za pośrednictwem centrum operacyjnego w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie ochrony jednej z 14 chorób wymienionych w o.w.u., (m. in. nowotwór złośliwy, udar mózgu, stwardnienie rozsiane, przewlekła niewydolność nerek, dystrofia, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera).

Pakiet świadczeń obejmuje:

- udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie powtórnej opinii medycznej;
- tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
- przekazanie dokumentacji medycznej lekarzowi świadczącemu usługi medyczne poza Polską;

- wydanie powtórnej opinii medycznej przez lekarza świadczącego usługi medyczne poza Polską;
- tłumaczenie na język polski powtórnej opinii medycznej;
- udostępnienie powtórnej opinii medycznej Ubezpieczonemu.

Ubezpieczonemu przysługuje skorzystanie z jednej powtórnej opinii medycznej w odniesieniu do każdej z 14 chorób wymienionych w o.w.u.

Allianz Kielce
Kielce, ul. Paderewskiego 4C

41 345 55 50 ubezpieczamkielce.pl

Materiał ma charakter marketingowy i nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego, rekomendacji do zawarcia umowy ubezpieczenia, wzorca umownego ani części umowy ubezpieczenia.

Grupowe ubezpieczenie Allianz Rodzina to ubezpieczenie na życie oferowane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółkę Akcyjną („Allianz”). Szczegółowy zakres i warunki ubezpieczenia, w tym w zakresie składek i opłat, ograniczeń i wyłączeń naszej odpowiedzialności (w szczególności przypadków braku odpowiedzialności Allianz, w tym za schorzenia zaistniałe przed rozpoczęciem udzielania ochrony bądź ich skutki, które wystąpiły już w trakcie udzielania ochrony, oraz okresów ograniczonej ochrony) oraz zasad obliczania i warunków wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych, znajdują się w warunkach umowy, w tym w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina (indeks GZ13) wraz z załącznikami (OWU), zamieszczonych na www.allianz.pl.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000002561; NIP: 526-020-99-75; wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w kwocie 87 267 500 złotych). Pełne dane o spółce znajdziesz na www.allianz.pl