

Przedsiębiorstwo: Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A.
Produkt: GRONO

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy ubezpieczenia i informacje umowne podane są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń Następstw Nieszczęśliwych Wypadków GRONO nr 1/2022 przyjętych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. nr 36 z dnia 20 kwietnia 2022 roku oraz we wniosku lub wnioskopolisie.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie grupowe (dział II i grupa 1, grupa 2, grupa 18) z Załącznika do Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Trwałe następstwa nieszczęśliwych wypadków:

- ✓ śmierć ubezpieczonego w ciągu 24 miesięcy od daty zdarzenia (klauzula I)
- ✓ trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w systemie świadczeń stałych (klauzula V)
- ✓ trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w systemie świadczeń proporcjonalnych (klauzula VI)
- ✓ trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w systemie świadczeń progresywnych (klauzula VII)

Dodatkowo jako rozszerzenie mogą zostać objęte również następujące zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem nieszczęśliwego wypadku ubezpieczeniowego

- ✓ śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w ciągu 24 miesięcy od daty zdarzenia (klauzula II)
- ✓ śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy w ciągu 24 miesięcy od daty zdarzenia (klauzula III)
- ✓ śmierć małżonka ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w ciągu 24 miesięcy od daty zdarzenia (klauzula IV)
- ✓ pobyt ubezpieczonego w szpitalu (klauzula X)
- ✓ pobyt w szpitalu małżonka ubezpieczonego (klauzula XI)
- ✓ trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego (klauzula XII)
- ✓ czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego (klauzula XIII)
- ✓ naprawa lub zakup przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych oraz koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów (klauzula XIV)
- ✓ koszty leczenia ubezpieczonego (klauzula XV)
- ✓ koszty rehabilitacji ubezpieczonego (klauzula XVI)
- ✓ koszty operacji plastycznych ubezpieczonego (klauzula XVII)
- ✓ koszty odbudowy stomatologicznej ubezpieczonego (klauzula XVIII)
- ✓ koszty pogrzebu ubezpieczonego (klauzula XIX)
- ✓ pomoc assistance (klauzula XX)
- ✓ zawał serca lub udar mózgu ubezpieczonego (klauzula XXI)

Suma ubezpieczenia i świadczenia

- ✓ sumy ubezpieczenia z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wskazane są w polisie



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nieszczęśliwe wypadki oraz ich następstwa powstałe:

- ✗ wskutek chorób
- ✗ w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczonego przestępstwa.
- ✗ w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczonego samobójstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego uszkodzenia ciała
- ✗ jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek
- ✗ jako wynik wyczynowego i zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego
- ✗ jako w wyniku udziału ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- ! wskutek zawału serca lub udaru mózgu, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o zawał serca i udar mózgu zgodnie z Klauzulą XXI
- ! w wyniku spożycia przez ubezpieczonego niezaleconych przez lekarza leków, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku
- ! w stanie po spożyciu przez ubezpieczonego alkoholu, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku
- ! w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku
- ! w związku z naruszeniem przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku
- ! podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, bez wymaganych uprawnień, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku
- ! podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie pojazdu do ruchu, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku
- ! w wyniku nieskorzystania przez ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich; w przypadku szkody powstałej wskutek rażącego niedbalstwa, Allianz ponosi odpowiedzialność, jeżeli zapłata odszkodowania w danych okolicznościach odpowiada względem słuszności
- ! w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były one wykonane, chyba że było to leczenie lub zabiegi lecznicze dotyczące następstw nieszczęśliwego wypadku
- ! w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem sytuacji, gdy ubezpieczony przebywał jako pasażer na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych
- ! w wyniku świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że udział ubezpieczonego w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ubezpieczenie obejmuje terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cały Świat, natomiast w przypadku klauzul: (naprawa lub zakup przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych - klauzula XIV, koszty leczenia ubezpieczonego – klauzula XV, koszty rehabilitacji ubezpieczonego – klauzula XVI, , koszty operacji plastycznych – klauzula XVII, koszty odbudowy stomatologicznej – klauzula XVIII, pomoc Assistance – klauzula XIII) koszty zostaną zwrócone pod warunkiem poniesienia ich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- Ubezpieczający, w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej oraz ubezpieczony zobowiązany jest do podania zgodnych z prawdą informacji, o które Ubezpieczyciel pytał przed zawarciem umowy oraz do opłacania składki ubezpieczeniowej
- W przypadku umowy zawieranej na cudzy rachunek, ubezpieczający jest zobowiązany przekazać osobie zainteresowanej warunki umowy ubezpieczenia.
- W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony zobowiązany jest starać się o złagodzenie skutków wypadku poddając się niezwłocznie opiece lekarskiej oraz wypełniając zalecenia lekarza, niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 14 dni, powiadomić Allianz o zajściu nieszczęśliwego wypadku oraz przedstawić Allianz dokumentację medyczną, stwierdzającą rozpoznanie, które uzasadnia konieczność pomocy lekarskiej, hospitalizacji lub przepisania określonych leków.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka płatna jest jednorazowo. Na wniosek ubezpieczającego płatność może być rozłożona przez Allianz na raty. Składka lub jej pierwsza rata powinna być opłacona w terminie wskazanym w polisie. Terminy płatności kolejnych rat wskazane są w polisie.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- Okres ubezpieczenia wskazany jest w polisie.
- Jeżeli składka z tytułu wszystkich ubezpieczonych lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w całości w terminie wskazanym w polisie, odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty składki.
- Odpowiedzialność Allianz kończy się z chwilą: rozwiązania umowy ubezpieczenia, upływu okresu ubezpieczenia, w razie niezapłacenia kolejnej raty składki, w stosunku do danego ubezpieczonego – z chwilą śmierci, z chwilą wypłaty świadczeń w łącznej wysokości równej sumie wskazanych w polisie sum ubezpieczenia z tytułu zajścia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w § 3 ust 1,



Jak rozwiązać umowę?

- Z upływem okresu, na jaki została zawarta.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.

Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 o dystrybucji ubezpieczeń (Dz. U. poz. 2486 z 2017 roku) niniejszym przekazuję następujące informacje:

Adres siedziby:

ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa
KRS 0000028261
Infolinia dla klientów: 224 224 224

Nazwa firmy:

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A.

Informacja o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia:

Osoby wykonujące czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń otrzymują wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę. Mogą otrzymywać od zakładu ubezpieczeń także wynagrodzenie innego rodzaju – w postaci korzyści ekonomicznych lub zachęt finansowych i niefinansowych (np. finansowanie szkoleń, konkursów lub innych działań wspierających dystrybucję ubezpieczeń).

Informacja o możliwości złożenia przez klienta reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej;
- osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe (Dz. U. poz. 1529 oraz poz. 1830);
- ustnie telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce, o której mowa w punkcie powyżej;
- w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela klientowi, odpowiedzi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, wyjaśnimy w informacji przekazywanej osobie zgłaszającej reklamację, przyczynę opóźnienia, wskażemy okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Towarzystwa obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego
UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW GRONO NR 1/2022

Rodzaj informacji	Dotyczy	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Definicje	§ 2 pkt 8
	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	§ 3
	Początek i koniec odpowiedzialności	§ 7
	Ustalanie świadczeń	§ 9
	Tryb dochodzenia roszczeń	§ 10
	Załącznik do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków	Klauzula I Klauzula II Klauzula III Klauzula IV Klauzula V Klauzula VI Klauzula VII Klauzula VIII Klauzula IX Klauzula X Klauzula XI ust. 1-4, 6 Klauzula XII Klauzula XIII ust. 1-2 Klauzula XIV ust. 1-2 pkt 1-2 Klauzula XV ust. 1 pkt 1-5 Klauzula XVI ust. 1-2 pkt 1 Klauzula XVII ust. 1 Klauzula XVIII ust.1-2 Klauzula XIX ust. 1 Klauzula XX ust. 1-2 pkt 1-5, 7, 9-13 ust. 3 Klauzula XXI ust. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Suma ubezpieczenia i składka	§ 6
	Prawa i obowiązki stron umowy	§ 8
	Wypłata świadczeń	§ 11
	Wyłączenia odpowiedzialności	§ 13

	Załącznik do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków	Klauzula V ust. 3 Klauzula VI ust. 3-4 Klauzula VII ust. 3-5 Klauzula VIII ust. 2-3 Klauzula X ust. 6 Klauzula XI ust. 6 Klauzula XIII ust. 3, 4, 8 Klauzula XIV ust. 2 pkt 3 Klauzula XV ust. 2 Klauzula XVI ust. 2 Klauzula XVII ust. 2 Klauzula XVIII ust. 3-4 Klauzula XIX ust. 2-3 Klauzula XX ust. 2 pkt 1-3, 6-8, ust. 5-9 Klauzula XXI ust. 3-4
--	---	---

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW GRONO NR 1/2022

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Grono nr 1/2022 mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. z osobami fizycznymi, prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną.

DEFINICJE

§ 2

Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie, polisie oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

1. **Agent** – przedsiębiorca (osoba fizyczna lub osoba prawna) wykonująca działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Allianz i wpisana do rejestru agentów ubezpieczeniowych.
2. **Amputacja** – całkowite fizyczne pozbawienie całego narządu lub jego części.
3. **Allianz** – Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A.
4. **Centrum Alarmowe** – jednostka organizacyjna wskazana przez Allianz, której ubezpieczający lub ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić zaistnienie zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia assistance, oraz która w ramach tego ubezpieczenia udziela informacji i świadczy inne usługi określone w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
5. **Czasowa niezdolność do pracy zarobkowej** – powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku czasowa niezdolność ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej, udokumentowana zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do wykonywania pracy zarobkowej, wystawionym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia
7. **Koszty leczenia** – poniesione przez ubezpieczonego, w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku oraz niezbędne z medycznego punktu widzenia, koszty:
 - a) wizyt lekarskich,
 - b) leczenia ambulatoryjnego,
 - c) pobytu w szpitalu,
 - d) badań, w tym badań rentgenowskich, laboratoryjnych, diagnostycznych,
 - e) zabiegów,
 - f) operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych),
 - g) znieczulenia (w tym koszty podania znieczulenia),
 - h) wezwania karetki pogotowia lub przewozu ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium,
 - i) zakupu lekarstw lub środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza.
8. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek uznaje się również zawał serca i udar mózgu, niezależnie od przyczyny, którą zostały wywołane, pod warunkiem rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o klauzulę XXI oraz opłacenia dodatkowej składki z tego tytułu.
9. **Ogólne warunki ubezpieczenia** – ogólne warunki grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Grono nr 1/2022.
10. **Ograniczony zakres ubezpieczenia** – zakres odpowiedzialności Allianz za zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w umowie ubezpieczenia, będące następstwem nieszczęśliwych wypadków jakie mogą wydarzyć się podczas pracy zarobkowej, drogi do i z pracy, z wyłączeniem odpowiedzialności Allianz za zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem nieszczęśliwych wypadków w życiu prywatnym.
11. **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej lub inny wydzielony organizacyjny jako osobny oddział w strukturze szpitala, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem personelu medycznego, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie czynności życiowych; pod tym pojęciem rozumie się również inne oddziały szpitalne intensywnego nadzoru spełniające powyższe kryteria oddział intensywnej opieki kardiologicznej, oddział intensywnej terapii.
12. **Oparzenie** – proces chorobowy obejmujący zmiany miejscowe i ogólnoustrojowe wskutek zadziałania czynnika termicznego, chemicznego lub elektrycznego na organizm człowieka.
13. **Opinia lekarska** – rozpoznanie sporządzone na piśmie przez lekarza wskazanego przez Allianz, wydawane bez przeprowadzenia badania ubezpieczonego, na podstawie dokumentacji zgromadzonej w toku postępowania likwidacyjnego.
14. **Orzeczenie lekarskie** – rozpoznanie sporządzone na piśmie przez lekarza wskazanego przez Allianz, wydawane po przeprowadzeniu badania ubezpieczonego oraz na podstawie dokumentacji zgromadzonej w toku postępowania likwidacyjnego.
15. **Pełny zakres ubezpieczenia** – zakres odpowiedzialności Allianz za zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w umowie ubezpieczenia będące następstwem nieszczęśliwych wypadków jakie mogą się wydarzyć w ciągu całej doby, zarówno podczas pracy zarobkowej, w drodze do pracy i z pracy oraz w życiu prywatnym.
16. **Pobyt w szpitalu** – trwający nieprzerwanie, dłużej niż 3 dni, pobyt ubezpieczonego w szpitalu, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, w trakcie którego ubezpieczony poddał się leczeniu skutków nieszczęśliwego wypadku. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni dzień wypisu ze szpitala.
17. **Praca zarobkowa** – praca świadczona za wynagrodzeniem:
 - a) w ramach umowy o pracę, powołania, mianowania, wyboru, spółdzielczej umowy o pracę lub innej umowy cywilnoprawnej lub
 - b) w ramach wykonywania działalności gospodarczej.
18. **Przedsiębiorca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, wykonująca działalność gospodarczą.
19. **Przedstawiciel** – osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w mieniu agenta, na podstawie zawartej z Agentem umowy dotyczącej wykonywania czynności agencyjnych i udzielonego przez agenta upoważnienia.
20. **Reklamacja** – wystąpienie (w tym skarga i zażalenie) skierowane do Allianz przez ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Allianz.
21. **Stan po spożyciu alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,2‰ albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,1 mg albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość.
22. **Szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, w tym leczenia chirurgicznego; określenie to nie obejmuje domu opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum – także onkologicznego, ośrodka leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych lub narkotykowych, ośrodków sanatoryjnych lub wypoczynkowych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitali uzdrowiskowych lub szpitali uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych; za szpital nie uznaje się również wewnętrznych oddziałów, wydziałów lub innych jednostek organizacyjnych szpitala zajmujących się rehabilitacją lub wypoczynkiem pacjentów, jak również leczeniem zaburzeń psychicznych, leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień.
23. **Trwała niezdolność do pracy** – powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku całkowita i trwała niezdolność ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej.

24. **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe uszkodzenie ciała ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem i powstałe w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
 25. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, która zawiera z Allianz umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do zapłaty składki ubezpieczeniowej.
 26. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, wskazana imiennie w polisie lub będąca członkiem grupy osób, wskazanej w polisie.
 27. **Udar mózgu** – nagłe wystąpienie objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny, spowodowane zaburzeniami krążenia mózgowego będącymi wynikiem zawału tkanki mózgowej, wylewu wewnątrzczaszkowego lub zatoru w naczyniach mózgowych materiałem pochodzącym spoza czaszki, powodujące trwałe uszkodzenia neurologiczne, potwierdzone badaniami lekarskimi przeprowadzonymi nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od daty wystąpienia pierwszych objawów udaru.
 28. **Wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
 - a) ruchem pojazdu albo pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu. Użyte w niniejszej definicji pojęcia “pojazd”, “droga”, “uczestnik ruchu” mają znaczenie nadane im w ustawie Prawo o ruchu drogowym,
 - b) ruchem pasażerskiego statku powietrznego licencjonowanych linii lotniczych, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer.
 29. **Wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w związku z pracą zarobkową ubezpieczonego lub w drodze do i z pracy, z zastrzeżeniem, że pojęcia “wypadek przy pracy” i “wypadek w drodze do pracy i z pracy” należy rozumieć zgodnie z przepisami prawa pracy i przepisami dotyczącymi ubezpieczenia i zabezpieczenia społecznego.
 30. **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego powstała w wyniku nagłego niedokrwienia, objawiająca się charakterystycznym bólem w klatce piersiowej, świeżymi, typowymi dla zawału zmianami w zapisie elektrokardiograficznym oraz podwyższeniem poziomu enzymów sercowych zawartych we krwi.
 31. **Zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, baloniarstwo, skoki ze spadochronem, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, pilotowanie samolotów silnikowych, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, speleologia przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagająca użycia takiego sprzętu, bouldering, parkour, canyoning, kajakarstwo górskie, rafting (spływ górską rzeką), hydrospeed, kitesurfing, nurkowanie na zatrzymanym oddechu (freediving), nurkowanie wrakowe i jaskiniowe, żeglarstwo morskie w pasie przybrzeżnym powyżej 20 mil morskich lub oceaniczne, jazda na nartach zjazdowych lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, narciarstwo ekstremalne: skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle, snowboarding ekstremalny: freeride, snowcross, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe, airboarding, snake gliss, snowkite, skki trikke, snowblades, snowscoting, icesurfing, bobsleje, skoki na gumowej linie, zorbing jumping, BASE jumping, kolarstwo górskie, downhill, udział w polowaniach na zwierzęta z użyciem broni palnej lub pneumatycznej, uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego charakterystycznymi się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 5 500 m n.p.m., busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne.
 32. **Zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – sporty uprawiane regularnie i intensywnie, tzn. udział w treningach, zawodach lub obozach kondycyjnych, w ramach przynależności do klubów sportowych, a także czerpanie dochodu z uprawianej dyscypliny sportu.
 33. **Złamanie** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej obejmujące cały jej przekrój.
 - z systemem świadczeń stałych obejmujący uszkodzenia ciała wskazane w Tabeli świadczeń nr 1 zamieszczonej w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia (Klauzula V)
 - z systemem świadczeń proporcjonalnych, obejmujący uszkodzenia ciała wskazane w Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, która stanowi Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia (Klauzula VI)
 - z systemem świadczeń progresywnych obejmujący uszkodzenia ciała wskazane w Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, która stanowi Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia (Klauzula VII)
- f) złamanie kości ubezpieczonego wskazane w Tabeli świadczeń nr 2 zamieszczonej w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia (Klauzula VIII)
 - g) oparzenie wskazane w Tabeli świadczeń nr 3 zamieszczonej w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia (Klauzula IX)
 - h) pobyt w szpitalu ubezpieczonego (Klauzula X)
 - i) pobyt w szpitalu małżonka ubezpieczonego (Klauzula XI)
 - j) trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego (Klauzula XII)
 - k) czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego (Klauzula XIII)
 - l) zwrot kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, przeszkolenia zawodowego inwalidów (Klauzula XIV)
 - m) zwrot kosztów leczenia ubezpieczonego (Klauzula XV)
 - n) zwrot kosztów rehabilitacji ubezpieczonego (Klauzula XVI)
 - o) zwrot kosztów operacji plastycznych ubezpieczonego (Klauzula XVII)
 - p) zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej (Klauzula XVIII)
 - q) zwrot kosztów pogrzebu ubezpieczonego (Klauzula XIX)
 - r) konieczność uzyskania przez ubezpieczonego pomocy assistance (Klauzula XX),
- 2) zawał serca lub udar mózgu ubezpieczonego, niezależnie od przyczyny, która je wywołała (Klauzula XXI).
2. Szczegółowe zasady ustalania i wypłaty świadczeń przez Allianz, w razie zaistnienia zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 1) i 2) ogólnych warunków ubezpieczenia są określone w klauzulach, które stanowią integralną część ogólnych warunków ubezpieczenia.
 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia w odniesieniu do danego ubezpieczonego określony jest w polisie.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Przedmiot ubezpieczenia obejmuje:

- 1) zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia, takie jak:
 - a) śmierć ubezpieczonego (Klauzula I)
 - b) śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego (Klauzula II)
 - c) śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy (Klauzula III)
 - d) śmierć małżonka ubezpieczonego (Klauzula IV)
 - e) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego:

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

czenia wraz z informacją o postanowieniach wzorca umownego, na piśmie lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, rozumianym jako materiał lub urządzenie umożliwiające konsumentowi lub przedsiębiorcy przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmięnionej postaci.

11. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem wskazanym w polisie.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA, WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA I USTANIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 5

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
 2. Ubezpieczony jest uprawniony do wystąpienia z umowy ubezpieczenia składając Allianz odpowiednie oświadczenie. Wystąpienie z umowy ubezpieczenia jest skuteczne z dniem doręczenia Allianz oświadczenia o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.
 3. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
 4. Wypowiedzenie lub odstąpienie od umowy nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Allianz udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
 5. W przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.
 4. Jeżeli Allianz ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Allianz może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty za okres, przez który ponosiła odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
 5. W razie opłacania składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki może powodować ustanie odpowiedzialności Allianz, pod warunkiem, że Allianz po upływie terminu wezwała ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
 6. Odpowiedzialność Allianz kończy się z chwilą:
 - 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 2) upływu okresu ubezpieczenia,
 - 3) w stosunku do danego ubezpieczonego:
 - a) z chwilą jego śmierci,
 - b) z chwilą wyczerpania wszystkich sum ubezpieczenia wskazanych w polisie,
 - c) z chwilą ustania stosunku łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym, który warunkuje objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

§ 6

1. Sumy ubezpieczenia dla każdego z ubezpieczonych z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wskazane są w polisie.
2. Odpowiedzialność Allianz z tytułu zajścia każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w polisie ograniczona jest do zapłaty świadczenia w wysokości nie wyższej, niż wskazana w polisie suma ubezpieczenia z tytułu zajścia tego zdarzenia.
3. Jeżeli w umowie ubezpieczenia ustalono progresywny system wypłaty świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, odpowiedzialność Allianz za jeden i wszystkie trwałe uszczerbki na zdrowiu powstałe w okresie ubezpieczenia jest ograniczona do wysokości 3-krotności sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w polisie.
4. Składkę oblicza się na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem wysokości sum ubezpieczenia dla poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, zakresu ubezpieczenia, okresu udzielanej ochrony, systemu świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, zawodu wykonywanego przez ubezpieczonych oraz liczby ubezpieczonych.
5. Wysokość składki może być również ustalona w drodze indywidualnych negocjacji ubezpieczającego z Allianz.
6. Na wniosek ubezpieczającego składka może zostać opłacona w ratach. Wysokość poszczególnych rat składki oraz termin ich płatności określone są w polisie.
7. Składka lub jej rata powinna być opłacona przelewem na rachunek bankowy Allianz, przekazem pocztowym lub w inny sposób uzgodniony z Allianz. Jeżeli zapłata składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty składki uważa się dzień uznania rachunku Allianz wskazanego w polisie.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Jeżeli składka z tytułu wszystkich ubezpieczonych lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w całości w terminie wskazanym w polisie, odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty składki lub jej pierwszej raty.
2. W odniesieniu do poszczególnych ubezpieczonych przystępujących do ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, jeżeli

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 8

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Allianz umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać do Allianz, na piśmie lub w formie e-mail zmiany danych podanych we wniosku o ubezpieczenie, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w § 8 ust. 1 i 2 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
4. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ustępów poprzedzających nie zostały podane do wiadomości Allianz. Jeżeli do naruszenia ustępów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
5. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w formie bezimiennej, ubezpieczający jest zobowiązany w terminie wskazanym w polisie, informować Allianz o zmianach dotyczących liczebności ubezpieczonej grupy osób. Jeżeli podczas trwania umowy ubezpieczenia liczebność grupy zmieni się w stosunku do liczby osób zgłoszonych do ubezpieczenia przy zawarciu umowy ubezpieczenia, wówczas:
 - 1) w przypadku zwiększenia się liczby osób w grupie – składka określona przy zawarciu umowy ubezpieczenia wzrasta proporcjonalnie licząc od dnia, w którym liczba osób w grupie uległa zwiększeniu,
 - 2) w przypadku zmniejszenia się liczby osób w grupie – składka określona przy zawarciu umowy ubezpieczenia zmniejsza się proporcjonalnie licząc od dnia, w którym liczba osób w grupie uległa zmniejszeniu,
 - 3) termin rozliczenia składki zgodnie z pkt. 1) i 2) określony jest w polisie.

6. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający lub ubezpieczony, o ile wie o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek, zobowiązani są do niezwłocznego, nie później niż w terminie 7 dni, informowania Allianz o zmianie zawodu wykonywanego przez ubezpieczonych.
7. Ubezpieczający ma obowiązek powiadomienia Allianz o zajściu wypadku niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia zajścia wypadku, a gdyby zachowanie tego terminu nie było możliwe ubezpieczający ma obowiązek powiadomienia Allianz o zajściu wypadku w terminie 7 dni od daty ustania przyczyny uniemożliwiającej powiadomienie terminie określonym powyżej.
8. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek określony w § 8 ust. 7 obciąża zarówno ubezpieczającego, jak i ubezpieczonego, chyba że ubezpieczony nie wie o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
9. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w § 8 ust. 7 i 8 Allianz może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Allianz ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
10. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o zajściu wypadku mogą zgłosić również spadkobiercy ubezpieczonego.
11. Skutki braku zawiadomienia Allianz o wypadku nie następują, jeżeli Allianz w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
12. W razie zajścia wypadku ubezpieczający zobowiązany jest starać się o złagodzenie skutków wypadku poddając się niezwłocznie opiece lekarskiej oraz wypełniając zalecenia lekarza.
13. Jeżeli ubezpieczający umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w § 8 ust. 12 Allianz jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
14. W razie ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w § 8 ust. 12 stosuje się również do ubezpieczonego.
5. Jeżeli w terminie, o którym mowa w § 10 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia, Allianz wypłaci należne świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz wypłaci w terminie przewidzianym w § 10 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia.
6. Jeżeli w wyniku przeprowadzonego postępowania Allianz ustali, że świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia, wówczas Allianz informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeżeli nie był on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą albo częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ § 11

1. Świadczenia wynikające z umowy ubezpieczenia wypłaca się ubezpieczonemu, a w przypadku gdy ubezpieczony jest osobą małoletnią, jego rodzicowi lub opiekunowi prawnemu.
2. Świadczenie z tytułu śmierci, o czym mowa w § 3 ust. 1 pkt 1) lit a), b) i c) ogólnych warunków ubezpieczenia, wypłaca się osobom tworzącym krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie ubezpieczeniowe przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego, według stanu prawnego na dzień śmierci ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego nie przysługuje uposażonemu, który umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego.
4. Świadczenia z tytułu ubezpieczenia pomocy assistance (Klauzula XX) wypłacane są podmiotowi, który poniósł koszty poszczególnych usług.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 12

1. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za nieszczęśliwy wypadek lub jego następstwa powstałe:
 - 1) wskutek chorób,
 - 2) wskutek zawału serca lub udaru mózgu, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o zawał serca i udar mózgu zgodnie z Klauzulą XXI,
 - 3) w wyniku spożycia przez ubezpieczonego niezaleconych przez lekarza leków, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) w stanie po spożyciu przez ubezpieczonego alkoholu, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczonego przestępstwa,
 - 6) w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczonego samobójstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała,
 - 7) w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 8) w związku z naruszeniem przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, bez wymaganych uprawnień, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 10) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał, wymaganego przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego, aktualnego badania technicznego, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 11) w wyniku nieskorzystania przez ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich; w przypadku szkody powstałej wskutek rażącego niedbalstwa, Allianz ponosi odpowiedzialność, jeżeli zapłata odszkodowania w danych okolicznościach odpowiada względem słuszności,
 - 12) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że było to leczenie lub zabiegi lecznicze dotyczące następstw nieszczęśliwego wypadku,

USTALANIE ŚWIADCZEŃ § 9

1. Ustalając wysokość świadczenia Allianz zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonych dowodów.
2. Na zlecenie i koszt Allianz, ubezpieczony zobowiązany jest poddać się badaniom medycznym lub badaniu lekarza wskazanego przez Allianz, które są niezbędne do ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń.
3. Przedstawione dokumenty sporządzone w języku innym niż język polski, ubezpieczony lub osoba występująca z roszczeniem jest zobowiązany przetłumaczyć na język polski przez tłumacza przysięgłego, na własny koszt.
4. Wysokość świadczeń Allianz określa na podstawie zgromadzonych w toku postępowania likwidacyjnego dowodów, w tym dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego oraz orzeczenia lekarskiego lub opinii lekarskiej.
5. Wysokość świadczeń z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, Allianz ustala z uwzględnieniem postanowień zawartych w klauzulach.

TRYB DOCHODZENIA ROSZCZEŃ § 10

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
2. Świadczenie jest wypłacane w walucie polskiej.
3. Allianz wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
4. Allianz wypłaci świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.

- 13) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem sytuacji, gdy ubezpieczony przebywał jako pasażer na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
- 14) jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek,
- 15) w wyniku świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba, że udział ubezpieczonego w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
- 16) jako wynik wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego,
- 17) w wyniku udziału ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia.

OŚWIADCZENIA WOLI § 13

1. Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej lub mogą być składane za pomocą środków porozumiewania się na odległość udostępnionych przez Allianz.
2. Oświadczenia, powiadomienia oraz informacje związane z umową ubezpieczenia można przekazać Allianz:
 - 1) kontaktując się z agentem lub przedstawicielem
 - 2) pocztą na adres dostępny na stronie internetowej www.allianz.pl
 - 3) podczas rozmowy telefonicznej, która będzie rejestrowana przez Allianz
 - 4) za pośrednictwem serwisu internetowego www.allianz.pl
 - 5) za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: bok@allianz.pl.
3. Niezależnie od powyższych postanowień tryb postępowania reklamacyjnego jest uregulowany w § 16 ogólnych warunków ubezpieczenia.
4. Allianz przesyła pisma na ostatni znany adres ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia. W przypadku zmiany adresu każda ze Stron umowy ubezpieczenia zobowiązana jest poinformować o tym fakcie drugą Stronę.

DANE OSOBOWE § 14

1. Allianz jest administratorem danych gromadzonych w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia. Dane osobowe będą przetwarzane w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia, na podstawie zgody osoby, której dotyczą lub przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej lub prawnie uzasadnionego interesu zakładu ubezpieczeń. W sytuacji, w której dane osobowe przetwarzane są na podstawie zgody, osobie której dane dotyczą przysługuje prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
2. Dane osobowe Allianz zbiera od osoby, której dotyczą, poprzez formularze wniosków ubezpieczeniowych, formularze zmiany danych, formularze zgłoszenia roszczenia oraz inne dokumenty związane z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia. Jedną z metod przetwarzania danych osobowych przez zakład ubezpieczeń jest profilowanie. Profilowanie jest formą automatycznego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych do doboru produktów ubezpieczeniowych albo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dane osobowe:
 - 1) mogą zostać przekazane w szczególności następującym odbiorcom danych: innym ubezpieczycielom i reasekuratorom w zakresie i celu wynikającym z zawartych umów ubezpieczenia,
 - 2) mogą zostać uzyskane np. od: innych ubezpieczycieli, na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub rozpatrywaniem roszczenia.
4. Dane osobowe będą przetwarzane do czasu zakończenia przedawnienia roszczeń wynikających z umowy ubezpieczenia oraz przez okres wynikający z przepisów ustawy o rachunkowości.
5. Dane osobowe będą udostępniane innym podmiotom w celach marketingowych tylko w przypadku udzielenia takiej zgody.
6. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do uzyskania informacji o treści przetwarzanych danych oraz prawo ich poprawiania i usunięcia o ile jest to zgodne z obowiązującymi przepisami prawa lub też ograniczenia ich przetwarzania w celach marketingowych, poprzez kontakt telefoniczny lub mailowy wskazany na stronie internetowej www.allianz.pl.

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY § 15

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

REKLAMACJE § 16

1. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Allianz lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Allianz.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w Allianz lub w jednostce Allianz obsługującej jego klientów albo przesyłką pocztową, w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe,
 - 2) ustnie – telefonicznie dzwoniąc pod numer 224 224 224 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w Allianz lub jednostce Allianz obsługującej jego klientów,
 - 3) w formie elektronicznej – z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres: skargi@allianz.pl.
3. O sposobie rozpatrzenia reklamacji powiadomimy osobę, która ją zgłosiła w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych (Dz. U. z 2011 roku Nr 199, poz. 1175)). Odpowiedź tą możemy dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek zgłaszającego reklamację.
4. Rozpatrzymy złożoną reklamację i udzielimy odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed jego upływem.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w §16 ust. 4, Allianz wyjaśni, w informacji przekazywanej osobie zgłaszającej reklamację, przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. Osoba zgłaszająca reklamację jest uprawniona do złożenia odwołania od decyzji Allianz dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia §16 ust. 1-5.
7. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Allianz obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.
8. Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
9. Konsumentowi przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
10. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w § 16 ust. 7-9 regulują właściwe przepisy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 17

1. W porozumieniu z ubezpieczającym, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Postanowienia powyższe powinny być sporządzone na piśmie pod rygorem nieważności.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 36 z 20 kwietnia 2022 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 1 czerwca 2022 r.

**KLAUZULA I
ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

W razie śmierci ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku, mającej miejsce w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia tego wypadku, Allianz zobowiązany jest do zapłaty wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci.

**KLAUZULA II
ŚMIERĆ WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO**

W razie śmierci ubezpieczonego na skutek wypadku komunikacyjnego, mającej miejsce w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia tego wypadku, Allianz zobowiązany jest do zapłaty wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego.

**KLAUZULA III
ŚMIERĆ WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY**

W razie śmierci ubezpieczonego na skutek wypadku przy pracy, mającej miejsce w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia tego wypadku, Allianz zobowiązany jest do zapłaty wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku przy pracy.

**KLAUZULA IV
ŚMIERĆ MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

W razie śmierci małżonka ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku, mającej miejsce w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia tego wypadku, Allianz zobowiązany jest do zapłaty wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku.

**KLAUZULA V
USZCZERBEK NA ZDROWIU – SYSTEM ŚWIADCZEŃ STAŁYCH
(USZCZERBKI NA ZDROWIU WSKAZANE W TABELI ŚWIADCZEŃ NR 1)**

1. W razie wystąpienia w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w polisie oraz wskaźnika procentowego ustalonego dla danego rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli świadczeń.

		Wskaźnik procentowy trwałego uszczerbku na zdrowiu
I	Głowa	
1	amputacja nosa	30%
2	amputacja małżowiny usznej	20%
II	Układ nerwowy	
3	porażenie połowiczne utrwalone lub porażenie kończyn dolnych	100%
4	niedowład połowiczny utrwalone lub niedowład kończyn dolnych z afazją	70%
5	niedowład jednej kończyny	40%
6	ciężkie nieuleczalne zaburzenia psychiczne wymagające opieki osób trzecich, (potwierdzone leczeniem szpitalnym psychiatrycznym)	100%
7	encefalopatia pourazowa z obecnością padaczki, padaczka z częstymi napadami bez zmian otępiennych lub padaczka z rzadkimi napadami i zespołem otępiennym, zespoły zaburzeń równowagi utrudniające w dużym stopniu chodzenie, zespoły pozapiramidowe utrudniające sprawność chorego z zaburzeniami mowy lub napadami ocznymi	70%
III	Narząd wzroku	
8	całkowita ślepotą obu oczu	100%
9	całkowita ślepotą jednego oka lub wytuszczenie gałki ocznej	38%
IV	Narząd słuchu	
10	głuchota całkowita	50%

11	głuchota całkowita jednego ucha	20%
V	Klatka piersiowa, jama brzuszna	
12	utrata płuca	40%
13	utrata jednej nerki	35%
14	utrata prącia	40%
15	utrata pochwy i macicy	30%
16	uszkodzenie pęcherza	20%
17	utrata segmentu wątroby	20%
18	utrata płata wątroby	50%
19	utrata śledziony	20%
20	utrata trzustki	50%
VI	Kręgosłup	
21	porażenie czterech kończyn – utrwalone	100%
22	porażenie dwóch kończyn górnych lub dwóch dolnych – utrwalone	90%
23	utrwalony niedowład cztero kończynowy lub dwóch kończyn górnych lub dwóch kończyn dolnych	80%
24	zespół stożka końcowego rdzenia	40%
VII	Kończyna dolna	
25	amputacja w obrębie biodra	85%
26	amputacja w obrębie uda	70%
27	amputacja w obrębie stawu kolanowego	65%
28	amputacja w obrębie podudzia	60%
29	amputacja całej stopy	50%
30	amputacja w obrębie śródstopia	25%
31	amputacja palucha	12%
32	amputacja palców II-V, za każdy palec	2%
33	skrócenie kończyny powyżej 5 cm	30%
VIII	Kończyna górna	
34	amputacja kończyny w obrębie barku	75%
35	amputacja kończyny w obrębie ramienia	70%
36	amputacja kończyny w stawie łokciowym	65%
37	amputacja kończyny w obrębie przedramienia	60%
38	amputacja kończyny w obrębie nadgarstka	55%
39	amputacja kciuka	40%
40	amputacja palca wskazującego	18%
41	amputacja palców III-V, za każdy palec	8%
42	amputacja lub uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie może przekraczać	55%

- Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu opisanego w Tabeli świadczeń nr 1, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu, lecz nie więcej niż suma ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazana w polisie.
- W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, którego czynność przed nieszczęśliwym wypadkiem objętym umową ubezpieczenia była już upośledzona, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po nieszczęśliwym wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed nieszczęśliwym wypadkiem.

**KLAUZULA VI
TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU – SYSTEM ŚWIADCZEŃ
PROPORCJONALNYCH (USZCZERBKI NA ZDROWIU WSKAZANE
W „TABELI PROCENTOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU
DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH
WYPADKÓW – ZAŁĄCZNIK NR 1”)**

1. W razie wystąpienia w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w polisie oraz wskaźnika procentowego ustalonego dla danego rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, która stanowi Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalany niezwłocznie po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
3. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu lecz nie więcej niż suma ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazana w polisie.
4. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, których czynności przed nieszczęśliwym wypadkiem objętym umową ubezpieczenia były już upośledzone, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po nieszczęśliwym wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed nieszczęśliwym wypadkiem.
5. Jeżeli zgodnie z opinią lekarza wyznaczonego przez Allianz, okres leczenia będzie dłuższy niż 12 miesięcy, ubezpieczony po upływie 6 miesięcy leczenia może złożyć wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, które zgodnie z przewidywaniami Allianz należne będzie po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywana wysokość świadczenia należna po całkowitym zakończeniu leczenia ubezpieczonego, określana jest na podstawie przedstawionych dokumentów oraz ustaleń lekarza wskazanego przez Allianz.

**KLAUZULA VII
TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU – SYSTEM ŚWIADCZEŃ
PROGRESYWNYCH (USZCZERBKI NA ZDROWIU WSKAZANE W „TABELI
PROCENTOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW –
ZAŁĄCZNIK NR 1”)**

1. W razie wystąpienia w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w polisie, wskaźnika procentowego ustalonego dla danego rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanego w „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków”, która stanowi Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia oraz wskaźnika progresji.
2. Wysokość wskaźnika progresji zależy od wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu i wynosi odpowiednio:
 - 1) 1,0 – dla uszczerbków na zdrowiu nie większych niż 25%,
 - 2) 1,5 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 25% do 45%,
 - 3) 2,0 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 45% do 65%,
 - 4) 2,5 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 65% do 85%,
 - 5) 3,0 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 85% do 100%.
3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalany niezwłocznie po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji, nie później jednak niż 24 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
4. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu, lecz nie więcej niż 3-krotność sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w polisie.
5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, których czynności przed nieszczęśliwym wypadkiem objętym umową ubezpieczenia były już upośledzone, wysokość trwałego uszczerbku

na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po nieszczęśliwym wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed nieszczęśliwym wypadkiem.

6. Jeżeli zgodnie z opinią lekarza wyznaczonego przez Allianz, okres leczenia będzie dłuższy niż 12 miesięcy, ubezpieczony po upływie 6 miesięcy leczenia może złożyć wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, które zgodnie z przewidywaniami Allianz należne będzie po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywana wysokość świadczenia należna po całkowitym zakończeniu leczenia ubezpieczonego, określana jest na podstawie przedstawionych dokumentów oraz ustaleń lekarza wskazanego przez Allianz.

**KLAUZULA VIII
ZŁAMANIE**

1. Jeżeli na skutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony odniesie obrażenia obejmujące złamanie jednej lub więcej kości, Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu złamania wskazanej w polisie oraz wskaźnika procentowego ustalonego dla danego rodzaju złamania wskazanego w Tabeli świadczeń nr 2.
2. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj złamania opisanego w Tabeli świadczeń nr 2, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj złamania, lecz nie więcej, niż suma ubezpieczenia z tytułu złamania wskazana w polisie.
3. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku nastąpi więcej niż jedno złamanie tej samej kończyny, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każde złamanie, lecz nie więcej niż wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu złamania wskazana w polisie.
4. W razie powikłań złamań kości (zapalenie, zrost opóźniony, staw rzekomy) wysokość świadczenia wzrasta o 10%.

Tabela świadczeń nr 2

		Wskaźnik procentowy złamania
I	Głowa	
1	złamania podstawy i /lub sklepiścioci czaszki (bez twarzoczaszki)	15%
2	złamanie kości twarzoczaszki, za każdą kość	5%
II	Klatka piersiowa	
3	złamanie mostka	5%
4	złamanie co najmniej trzech żeber	3%
III	Kręgosłup	
5	złamanie kompresyjne trzonu lub złamanie wyrostków – poprzecznych, kolczystych, łuków	20%
6	złamanie kręgów ogonowych	15%
IV	Miednica	
7	złamanie z przerwaniem obręczy miednicy	50%
8	złamanie bez przerwania obręczy miednicy	20%
V	Kończyna dolna	
9	złamanie i zwicnięcie w obrębie stawu biodrowego lub kości udowej	50%
10	złamania w obrębie kości tworzących staw kolanowy	50%
11	złamanie jednej kości podudzia	20%
12	złamanie obu kości podudzia	30%
13	złamanie kości piętowej lub skokowej	15%
14	złamanie w obrębie kości stępu	10%
15	złamanie kości śródstopia	15%
16	złamanie palucha	2%
17	złamanie palców II-V, za każdy palec	1%
VI	Kończyna górna	
18	złamanie łopatkki	20%

19	złamanie obojczyka	20%
20	złamanie łopatki i obojczyka	35%
21	złamanie kości ramiennej	30%
22	złamanie kości w obrębie stawu łokciowego	30%
23	złamanie jednej z kości przedramienia	20%
24	złamanie obu kości przedramienia	30%
25	złamanie kości nadgarstka	20%
26	złamanie kości w obrębie śródreżca	8%
27	złamanie kciuka	15%
28	złamanie II palca	10%
29	złamanie palca III – V, za każdy palec	5%

KLAUZULA IX OPARZENIE

Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony uległ oparzeniu co najmniej II stopnia, Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu oparzenia wskazanej w polisie oraz wskaźnika procentowego ustalonego dla danego rodzaju oparzenia wskazanego w Tabeli świadczeń nr 3.

	Rodzaj	Wskaźnik procentowy oparzenia
1	oparzenie II stopnia od 5% do 15% powierzchni ciała	15%
2	oparzenie III stopnia do 5% powierzchni ciała	15%
3	oparzenie II stopnia od 15% do 30% powierzchni ciała	30%
4	oparzenie III stopnia od 5% do 10% powierzchni ciała	30%
5	oparzenie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	70%
6	oparzenie III stopnia powyżej 10% powierzchni ciała	70%
7	oparzenia IV stopnia powyżej 10% powierzchni ciała	100%
8	oparzenie dróg oddechowych z zaburzeniami oddechu	100%
9	oparzenie górnego odcinka przewodu pokarmowego ze zwężeniem i upośledzeniem odżywienia	100%

KLAUZULA X POBYT W SZPITALU

- Jeżeli ubezpieczony wskutek nieszczęśliwego wypadku rozpoczął pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia, Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu.
- Wysokość dziennego świadczenia ustalana jest jako iloraz sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie i 364 dni.
- Z zastrzeżeniem ust. 4 wysokość świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu ustalana jest jako iloczyn wysokości dziennego świadczenia i liczby dni pobytu w szpitalu.
- Jeżeli podczas pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony przebywał na OIOM-ie przez co najmniej 3 dni, Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie w podwójnej wysokości dziennego świadczenia ustalonego w sposób opisany w ust. 2 powyżej, nie dłużej jednak niż za 5 dni pobytu na OIOM-ie. Za każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu Allianz wypłaca świadczenie w kwocie określonej w ust. 2 powyżej.
- Dziennie świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje ubezpieczonemu od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, nie dłużej niż za okres 364 dni.
- Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu nie przysługuje ubezpieczonemu za kolejny pobyt w szpitalu będący następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku, co poprzedni pobyt w szpitalu, pod warunkiem, że kolejny pobyt w szpitalu przypada po upływie co najmniej 12 miesięcy od poprzedniego pobytu w szpitalu.

- Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wypłacane jest po zakończeniu pobytu w szpitalu. Na wniosek ubezpieczonego Allianz może podjąć decyzję o wypłacie części świadczenia w terminie wcześniejszym.

KLAUZULA XI POBYT W SZPITALU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

- Jeżeli małżonek ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku rozpoczął pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia, Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu.
- Wysokość dziennego świadczenia ustalana jest jako iloraz sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie i 364 dni.
- Z zastrzeżeniem ust. 4, wysokość świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu ustalana jest jako iloczyn wysokości dziennego świadczenia i liczby dni pobytu w szpitalu małżonka ubezpieczonego.
- Jeżeli podczas pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku małżonek ubezpieczonego przebywał na OIOM-ie przez co najmniej 3 dni, Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie w podwójnej wysokości dziennego świadczenia ustalonego w sposób opisany w ust. 2 powyżej, nie dłużej jednak niż za 5 dni pobytu na OIOM-ie. Za każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu Allianz wypłaca świadczenie w kwocie określonej w ust. 2 powyżej.
- Dziennie świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje ubezpieczonemu od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, nie dłużej niż za okres 364 dni.
- Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu nie przysługuje ubezpieczonemu za kolejny pobyt w szpitalu małżonka ubezpieczonego będący następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku, co poprzedni pobyt w szpitalu, pod warunkiem, że kolejny pobyt w szpitalu małżonka przypada po upływie co najmniej 12 miesięcy od poprzedniego pobytu w szpitalu.
- Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wypłacane jest po zakończeniu pobytu w szpitalu. Na wniosek ubezpieczonego Allianz może podjąć decyzję o wypłacie części świadczenia w terminie wcześniejszym.

KLAUZULA XII TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

- W razie powstania wskutek nieszczęśliwego wypadku trwałej niezdolności do pracy ubezpieczonego, Allianz zobowiązany jest do zapłaty sumy ubezpieczenia z tytułu trwałej niezdolności do pracy wskazanej w polisie, pod warunkiem, że trwała niezdolność do pracy:
 - powstała w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - trwa nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku i po zakończeniu tego okresu ma charakter trwałej i nieodwracalnej.

KLAUZULA XIII CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

- W razie powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego.
- Wysokość dziennego świadczenia ustalana jest jako iloraz sumy ubezpieczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy wskazanej w polisie i 90 dni.
- Wysokość świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy stanowi iloczyn wysokości dziennego świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy i liczby dni czasowej niezdolności do pracy.
- Odpowiedzialność Allianz ograniczona jest do świadczeń za 90 dni czasowej niezdolności do pracy.
- Świadczenie jest wypłacane:
 - od 1 dnia czasowej niezdolności do pracy – w razie pobytu ubezpieczonego w szpitalu,
 - od 15 dnia czasowej niezdolności do pracy – w razie gdy wskutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony był leczony ambulatoryjnie.
- Jeżeli po zakończeniu pobytu w szpitalu ubezpieczony nadal nie jest zdolny do pracy, co zostanie potwierdzone zaświadczeniem lekarskim wystawionym zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługuje od 1 dnia niezdolności do pracy ale nie dłużej niż przez okres 90 dni.
- Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługuje wyłącznie osobom wykonującym pracę zarobkową.
- Allianz zastrzega sobie prawo do wstrzymania wypłaty dziennego świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy, jeżeli ubezpieczony podczas zwolnienia lekarskiego wykonuje pracę zarobkową.

**KLAUZULA XIV
NAPRAWA LUB ZAKUP PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH
LUB ŚRODKÓW POMOCNICZYCH ORAZ KOSZTY PRZESZKOLENIA
ZAWODOWEGO INWALIDÓW**

1. Allianz zobowiązany jest do zwrotu następujących kosztów poniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego:
 - 1) zakupu lub naprawy przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych,
 - 2) przeszkolenia zawodowego inwalidów, odbytego przez ubezpieczonego.
2. Zwrot kosztów następuje na podstawie dostarczonych faktur lub rachunków, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych oraz przeszkolenia zawodowego inwalidów wskazanej w polisie, pod warunkiem, że:
 - 1) zakup przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych został zalecony przez lekarza,
 - 2) wydatek na zakup przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych został poniesiony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) odbycie szkolenia zawodowego inwalidów przez ubezpieczonego zostało zalecone przez organ rentowy.

**KLAUZULA XV
KOSZTY LECZENIA**

1. Allianz zobowiązany jest do zwrotu następujących kosztów leczenia ubezpieczonego, poniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz niezbędnych z medycznego punktu widzenia:
 - 1) koszty wizyt lekarskich,
 - 2) koszty leczenia ambulatoryjnego,
 - 3) koszty pobytu w szpitalu,
 - 4) koszty badań w tym badań rentgenowskich, laboratoryjnych, diagnostycznych,
 - 5) koszty zabiegów,
 - 6) koszty operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych),
 - 7) koszty znieczulenia (w tym koszty podania znieczulenia),
 - 8) koszty wezwania karetki pogotowia lub przewozu ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium,
 - 9) koszty zakupu lekarstw i środków opatrunkowych niezbędnych z medycznego punktu widzenia.
2. Zwrot kosztów leczenia następuje, do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie, na podstawie faktur lub rachunków, pod warunkiem, że koszty poniesione zostały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

**KLAUZULA XVI
KOSZTY REHABILITACJI**

1. Allianz zobowiązany jest do zwrotu kosztów rehabilitacji ubezpieczonego, poniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku, realizowanych metodami kinezyterapii, fizykoterapii lub farmakoterapii, pod warunkiem, że:
 - 1) dotyczą rehabilitacji zaleconej przez lekarza,
 - 2) poniesione zostały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym, niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
2. Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej równowartość poniesionych kosztów rehabilitacji, na podstawie faktur lub rachunków, do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie z tytułu rehabilitacji.

**KLAUZULA XVII
KOSZTY OPERACJI PLASTYCZNYCH**

1. Allianz zobowiązany jest do zwrotu kosztów operacji plastycznych przeprowadzonych w celu usunięcia oszpeceń lub okaleczeń powierzchni ciała ubezpieczonego, będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem pobytu ubezpieczonego w szpitalu oraz pod warunkiem, że koszty te zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
2. Zwrot kosztów operacji plastycznych następuje na podstawie faktur lub rachunków, do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie z tytułu kosztów operacji plastycznych.

**KLAUZULA XVIII
KOSZTY ODBUDOWY STOMATOLOGICZNEJ**

1. Allianz zobowiązany jest do zwrotu następujących kosztów odbudowy stomatologicznej w celu usunięcia ubytków w uzębieniu ubezpieczonego będących następstwem nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) koszty wizyt lekarskich, leczenia ambulatoryjnego,
 - 2) koszty pobytu w szpitalu w celu przeprowadzenia: odbudowy i rekonstrukcji zębów, wszczepienia implantów, zabiegów lub operacji z zakresu chirurgii stomatologicznej,
 - 3) koszty odbudowy i rekonstrukcji zębów, wszczepienia implantów, zabiegów lub operacji z zakresu chirurgii stomatologicznej
 - 4) koszty znieczulenia (w tym koszty podania znieczulenia), wykonania badania rentgenowskiego, koszty badań laboratoryjnych i diagnostycznych,
 - 5) koszty nabycia lekarstw i środków opatrunkowych niezbędnych z medycznego punktu widzenia.
2. Allianz zobowiązany jest do zwrotu kosztów odbudowy stomatologicznej pod warunkiem pobytu ubezpieczonego w szpitalu.
3. Allianz nie zwraca kosztów:
 - 1) profilaktycznych przeglądów stomatologicznych,
 - 2) stomatologii zachowawczej,
 - 3) leczenia ortodontycznego, protetycznego i leczenia ze względów estetycznych (wybielania zębów, usuwania kamienia nazębnego, fluoryzacji, lakowania, piaskowania).
4. Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej następuje na podstawie faktur lub rachunków, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu kosztów odbudowy stomatologicznej wskazanej w polisie, pod warunkiem, że koszty te zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

**KLAUZULA XIX
KOSZTY POGRZEBU**

1. W razie śmierci ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku objętej ochroną ubezpieczeniową Allianz, mającej miejsce w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, Allianz zobowiązany jest do zwrotu kosztów pogrzebu ubezpieczonego.
2. Zwrot kosztów pogrzebu następuje w kwocie stanowiącej różnicę pomiędzy wydatkami poniesionymi na zorganizowanie pogrzebu, obejmującymi w szczególności koszty transportu zwłok, pochówku, konsolacji, nagrobka, a kwotą pokrytą z powszechnego ubezpieczenia społecznego, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu kosztów pogrzebu wskazanej w polisie.
3. Zwrot kosztów pogrzebu następuje na podstawie faktur lub rachunków, pod warunkiem, że koszty poniesione zostały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

**KLAUZULA XX
POMOC ASSISTANCE**

1. Odpowiedzialność Allianz z tytułu pomocy assistance zachodzi, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, któremu uległ ubezpieczony, wystąpił na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Allianz zobowiązuje się za pośrednictwem Centrum Alarmowego zorganizować i pokryć następujące koszty pomocy assistance:
 - 1) wizyta lekarza – organizacja i pokrycie kosztów dojazdu do miejsca pobytu ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz honorarium lekarza; usługa jest realizowana o ile miejsce pobytu ubezpieczonego jest oddalone od miejsca jego zamieszkania o co najmniej 50 km,
 - 2) wizyta pielęgniarki – organizacja i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu pielęgniarki, zaleconej przez lekarza, do miejsca zamieszkania lub pobytu ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Allianz zorganizuje usługę w ciągu 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez wyznaczonego lekarza, w liczbie nie większej niż 7 wizyt trwających po 1 godzinie,
 - 3) transport medyczny – organizacja i pokrycie kosztów transportu ubezpieczonego:
 - a) z miejsca jego zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanego przez wyznaczonego przez Allianz lekarza szpitala, odpowiednio wyposażonego do udzielania pomocy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; o celowości i wyborze odpowiedniego środka transportu decyduje lekarz wyznaczony przez Allianz; Allianz nie pokrywa kosztów transportu, jeżeli interweniuje pogotowie ratunkowe na koszt powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,

- b) ze szpitala do szpitala, gdy placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia właściwym dla jego stanu zdrowia lub gdy został on skierowany na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej,
 - c) ze szpitala do miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jeśli pobyt ubezpieczonego w szpitalu trwał dłużej niż 5 dni, odpowiednim, zalecanym przez lekarza wskazanego przez Allianz środkiem transportu; Allianz nie pokrywa kosztów transportu medycznego, jeżeli realizowany on jest na koszt powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
- 4) transport na komisję lekarską – organizacja transportu z miejsca zamieszkania lub pobytu ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej na komisję lekarską oraz transport powrotny, odpowiednim, zalecanym przez lekarza wskazanego przez Allianz środkiem transportu; Allianz organizuje usługę 1 raz w trakcie okresu ubezpieczenia, koszt transportu pokrywany jest przez ubezpieczonego,
 - 5) transport leków oraz artykułów spożywczych – organizacja dostarczenia leków oraz artykułów spożywczych do miejsca zamieszkania lub pobytu ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej; koszt zakupu leków oraz artykułów spożywczych pokrywany jest przez ubezpieczonego,
 - 6) rehabilitacja – organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji oraz transportu ubezpieczonego, w tym transportu powrotnego, na odpowiednie zabiegi, nie dalej niż 150 km. od jego miejsca zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, ewentualnie rehabilitanta do miejsca zamieszkania lub pobytu ubezpieczonego; Allianz świadczy usługę maksymalnie 3 razy w trakcie okresu ubezpieczenia, do wysokości kwoty 800 zł łącznie na wszystkie usługi,
 - 7) pomoc psychologa – organizacja i pokrycie kosztów dojazdu do miejsca zamieszkania lub pobytu ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz honorarium psychologa; Allianz świadczy usługę maksymalnie 3 razy w trakcie okresu ubezpieczenia,
 - 8) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego – organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostarczenie do miejsca pobytu lub zamieszkania ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, o ile zostało to zlecone przez lekarza wskazanego przez Allianz; Allianz świadczy usługę do wysokości kwoty 500 zł,
 - 9) organizacja pobytu opiekuna prawnego – organizacja pobytu opiekuna prawnego w szpitalu, w przypadku hospitalizacji ubezpieczonego w wieku poniżej 18 roku życia; koszt pobytu opiekuna pokrywany jest przez ubezpieczonego,
 - 10) opieka nad dziećmi:
 - a) jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany, Allianz organizuje i pokryje koszt transportu jego dzieci do 18 roku życia w towarzystwie opiekuna do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w tym transport powrotny dzieci, ewentualnie transport, także powrotny, osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego; usługa jest realizowana koleją pierwszej klasy lub autobusem, na wniosek ubezpieczonego lub jego osoby bliskiej i za pisemną zgodą, pod warunkiem, że Allianz ma możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną pod wskazanym adresem,
 - b) w sytuacji gdy nie ma możliwości skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki nad dziećmi pod wskazanym adresem, bądź osoba wyznaczona nie zgadza się na sprawowanie opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usługi wskazanej w pkt. a), Allianz zapewnia opiekę nad dziećmi w wieku do 18 roku życia poprzez zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, przez maksymalny okres 3 dni, jeżeli po upływie tego okresu konieczna będzie dalsza opieka, Allianz dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub właściwe instytucje; usługa jest realizowana na wniosek ubezpieczonego lub jego osoby bliskiej i za pisemną zgodą, usługi wskazane powyżej realizowane są w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę nad dziećmi,
 - 11) opieka nad osobami niesamodzielnymi – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany, a w miejscu jego zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej bez opieki pozostaje osoba bliska, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych, Allianz zapewnia pomoc polegającą na:
 - a) opiece nad osobami niesamodzielnymi – organizacja i pokrycie kosztów opieki w miejscu zamieszkania ubezpieczonego przez maksymalny okres 3 dni;
 - b) transporcie osoby wyznaczonej do opieki nad osobami niesamodzielnymi – organizacja i pokrycie kosztów podróży w obydwie strony (bilec kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) dla osoby mieszkającej i przebywającej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wyznaczonej do sprawowania opieki nad osobami niesamodzielnymi, z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania ubezpieczonego,
 - 12) opieka nad zwierzętami domowymi – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany, a w miejscu jego zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pozostają bez opieki zwierzęta domowe, Allianz zapewnia usługi polegające na:
 - a) opiece nad zwierzętami domowymi – organizacja i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi przez maksymalny okres 3 dni; opieka polega na karmieniu, wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny zwierzęcia domowego, z wyłączeniem leczenia weterynaryjnego; koszt karmy pokrywany jest przez ubezpieczonego,
 - b) transporcie zwierząt domowych – organizacja i pokrycie kosztów przewozu zwierząt domowych do osoby wyznaczonej przez ubezpieczonego lub jego osobę bliską na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub do najbliższego schroniska bądź hotelu dla zwierząt; Allianz świadczy usługę do wysokości kwoty 500 zł.

Przez zwierzęta domowe rozumie się zwierzęta tradycyjnie przebywające wraz z człowiekiem w jego mieszkaniu lub domu, utrzymywane w charakterze towarzysza, z wyłączeniem zwierząt, które mogą stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia osób trzecich np. psów ras zaliczanych do niebezpiecznych; Allianz realizuje usługę opieki lub transportu zwierząt domowych pod warunkiem okazania przedstawicielowi Centrum Alarmowe aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia,
 - 13) informacje dla najbliższych oraz pracodawcy – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany, Allianz zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazywaniu, na życzenie ubezpieczonego, ważnych wiadomości osobom bliskim lub pracodawcy.
- 3. Centrum Alarmowe dodatkowo zapewni ubezpieczonemu:**
- 1) całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania medycznego,
 - 2) telefoniczny dostęp do następujących informacji:
 - a) baza danych: aptek na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów, placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy Allianz, placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych), placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych, placówek opieki społecznej, placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - b) działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędne szczepienia, specyfika danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - c) informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - d) informacje medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących przepisów),
 - e) informacje farmaceutyczne o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących przepisów,
 - f) informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej,
 - g) informacje o grupach wsparcia i telefonach zaufania dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych: narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją,
 - h) informacje o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,

- i) informacje o ciąży: objawy ciąży, badania, zagrożenia, przesady, dieta: przed, w trakcie ciąży i po porodzie, tabela dietetyczna,
 - j) informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt,
 - k) informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
 - l) instrukcje przygotowania do zabiegów i badań medycznych: gastroskopia, kolonoskopia, koronografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia, wlew doodbytniczy,
 - m) profilaktyka zachorowań na grypę.
4. Informacje medyczne oraz telefoniczna rozmowa z lekarzem dyżurnym nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.
 5. Allianz nie pokryje kosztów pomocy assistancie poniesionych przez ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zgody Centrum Alarmowego nawet wówczas, jeżeli wysokość poniesionych kosztów mieści się w granicach odpowiedzialności Allianz, chyba że powiadomienia nie dokonano z powodu siły wyższej.
 6. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożność wykonania usług zaistniałe z przyczyn zewnętrznych, niezależnych od Allianz.
 7. Allianz nie zorganizuje pomocy assistancie, o ile ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia ubezpieczonego konieczne jest wezwanie pogotowia ratunkowego. Centrum Alarmowe po stwierdzeniu okoliczności wskazanych w zdaniu poprzednim może wezwać pogotowie ratunkowe, jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego uniemożliwia mu zrealizowanie tej czynności samodzielnie.
 8. Allianz nie pokryje kosztów pomocy assistancie, jeżeli zostały one pokryte w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
 9. Allianz nie odpowiada za jakiegokolwiek szkody na osobie lub mieniu, doznane w związku z realizacją pomocy assistancie.

KLAUZULA XXI ZAWAŁ SERCA LUB UDAR MÓZGU

1. Jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o niniejszą klauzulę zawał serca lub udar mózgu, niezależnie od przyczyny, którą zostały wywołane, stanowią nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej klauzuli mogą być objęte wyłącznie osoby, które w momencie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończyły 60 roku życia.
3. Rodzaje i wysokość świadczeń z tytułu niniejszej Klauzuli ustala się według zasad określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia oraz Klauzulach I – XX.
4. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne lub zawał serca, które występują w okresie ubezpieczenia, jeśli w ciągu 5 lat przed zawarciem tej umowy u ubezpieczonego zdiagnozowano lub leczono:
 - 1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
 - 2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku zawału serca.