

Ogólne warunki ubezpieczenia
zdrowotnego „Allianz-Zdrowie”
indeks GM 01

Zdrowie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego „Allianz-Zdrowie” (Indeks GM 01)

§1

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, stosuje się w Umowach Ubezpieczenia Zdrowotnego zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna.

Definicje

Terminom używanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

- Umowa ubezpieczenia - umowa zawierana pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
- Dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego;
- Towarzystwo - Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna;
- Ubezpieczający - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zgłaszająca grupę osób do ubezpieczenia zdrowotnego poprzez wypełnienie dokumentu o nazwie „Wniosek o Zawarcie Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego”;
- Pracodawca - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej zatrudniająca pracownika;
- Ubezpieczony - osoba fizyczna, której życie i zdrowie objęte są ochroną ubezpieczeniową;
- Uposażony - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci;
- Pracownik - osoba fizyczna zatrudniona przez Ubezpieczającego;
- Rocznica polisy - każda rocznica daty określonej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- Składka ubezpieczeniowa - składka w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia;
- Suma ubezpieczenia - określona w polisie kwota świadczenia, którą Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić Uposażonemu, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;
- Identyfikator - dokument niezbędny do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, określający zakres świadczeń zdrowotnych objętych ubezpieczeniem. Identyfikator jest ważny tylko z zaopatrzonym w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna).
- Ochrona ubezpieczeniowa - zobowiązania Towarzystwa wobec Ubezpieczonego wynikające z umowy ubezpieczenia;
- Świadczenie zdrowotne - usługi medyczne i diagnostyczne określone w umowie ubezpieczenia;
- Świadczeniodawca:
 - Lekarska Praktyka Prywatna - indywidualna działalność lekarska prowadzona przez podmiot w ramach zarejestrowanej w Okręgowej Izbie Lekarskiej praktyki prywatnej lekarza, wymienionej w Ogólnopolskim Spisie Lekarskich Praktyk Prywatnych, współpracująca z Towarzystwem;
 - Placówka medyczna - zakład opieki zdrowotnej wymieniony w Ogólnopolskim Spisie Placówek Medycznych współpracujących z Towarzystwem.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe - zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - choroba - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
 - badania okresowe w ramach medycyny pracy oraz zalecane przez lekarza badania profilaktyczne.
 - śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
- Akt przemocy - skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniwala ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez osobę, przez co swoboda woli tej osoby – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona.
- Akt terroru - dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego.

§ 2

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy ubezpieczenia polega na:
 - udostępnieniu Ubezpieczonemu usług medycznych świadczonych przez lekarzy opieki podstawowej i lekarza medycyny pracy u Świadczeniodawców współpracujących z Towarzystwem oraz udostępnieniu zleconych przez lekarzy badań diagnostycznych i laboratoryjnych;
 - udostępnieniu Ubezpieczonemu usług medycznych świadczonych przez lekarzy specjalistów (chirurg, ortopeda, okulista, kardiolog, ginekolog, dermatolog, neurolog, laryngolog, urolog, diabetolog) u Świadczeniodawców współpracujących z Towarzystwem oraz udostępnieniu zleconych przez lekarzy badań diagnostycznych i laboratoryjnych;
 - udostępnieniu Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych w ramach badań okresowych oraz zalecanych przez lekarzy badań profilaktycznych;
 - wypłacie Uposażonemu sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem postanowień § 2 niniejszych OWU.

3. Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową świadczeń zdrowotnych uzyskanych u Świadczeniodawcy, jeżeli świadczenia te nie są wymienione w umowie ubezpieczenia.
4. Towarzystwo nie udostępnia usług medycznych w przypadkach wymagających działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe, karetki przewozowe).
5. Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umów dodatkowych są w mocy tylko w przypadku gdy umowy te zostały dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie.
6. Warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ryzyk dodatkowych są określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących poszczególnych umów dodatkowych, które zostały dołączone do polisy i stanowią jej integralną część.
7. Zakres ubezpieczenia określany jest przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie lub zmianę umowy ubezpieczenia.
8. Zakres ubezpieczenia jest jednakowy dla wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej umowy ubezpieczenia.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia za skutki:
 - 1) samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, aktach terroru, rozruchach i zamieszkach;
 - 4) błędów w sztuce lekarskiej;
 - 5) błędów wynikłych z nienależycie prowadzonej przez Świadczeniodawcę dokumentacji medycznej.
10. Towarzystwo jest zwolnione z udostępnienia Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych wymienionych w ust. 2 pkt 1), 2), 3) jeżeli potrzeba ich wykonania wynika pośrednio lub bezpośrednio z:
 - 1) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich;
 - 2) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Kodeksu Karnego.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - 1) wykaz imienny osób zgłaszanych do ubezpieczenia;
 - 2) deklarację przystąpienia do ubezpieczenia każdej z osób zgłaszanych do ubezpieczenia.
7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku licząc od dnia jej zawarcia.
8. Z zastrzeżeniem stosownych postanowień § 4 ust. 8 umowa jest automatycznie odnawiana na następne okresy roczne.
9. Dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia dla Ubezpieczającego jest wystawiona przez Towarzystwo polisa, a dla Ubezpieczonego wystawiony przez Towarzystwo indywidualny certyfikat.
10. Po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania, najpóźniej ostatniego dnia każdego miesiąca obowiązywania umowy następujących dokumentów:
 - 1) wykazu osób przystępujących do ubezpieczenia w kolejnym miesiącu wraz z ich deklaracjami;
 - 2) wykazu osób występujących z ubezpieczenia oraz identyfikatorów tych osób;
 - 3) rozliczenia składki i osób objętych ubezpieczeniem;
 - 4) potwierdzenia wpłaty składki na konto Towarzystwa;
 - 5) innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej obsługi zawartej umowy ubezpieczenia.
11. Za zgodą Towarzystwa u jednego Ubezpieczającego mogą być utworzone grupy Ubezpieczonych, dla których zostaną zawarte odrębne umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem poniższych postanowień:
 - 1) nie dopuszcza się ubezpieczenia tych samych osób w więcej niż jednej grupie;
 - 2) osoby ubezpieczone nie mogą indywidualnie zmieniać zakresu ubezpieczenia poprzez zmianę grupy.
12. Umowy ubezpieczenia mogą przewidywać dla poszczególnych grup Ubezpieczonych różny zakres ochrony ubezpieczeniowej. Dla każdej z grup Towarzystwo wystawia odrębną polisę
13. Umowa zawierana jest w trybie, o którym mowa w § 3, jeżeli Ubezpieczający, zatrudniający:
 - 1) od 10 do 20 Pracowników – zgłosi do ubezpieczenia 100% Pracowników;
 - 2) od 21 do 100 Pracowników – zgłosi do ubezpieczenia przynajmniej 75% Pracowników, nie mniej niż 21 Pracowników;
 - 3) powyżej 100 Pracowników – zgłosi do ubezpieczenia przynajmniej 50% Pracowników, nie mniej niż 75 Pracowników.
14. Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w ust. 13, to umowa ubezpieczenia może być zawarta za zgodą Towarzystwa i na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo.
15. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie, za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym.

§ 3

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie pisemnego, poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego, na formularzu przygotowanym do tego celu przez Towarzystwo.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu następnym po dniu podpisania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 64 lat.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta dla grupy liczącej co najmniej 10 osób.
4. Ubezpieczeniem mogą być objęci pracownicy zatrudnieni co najmniej od 3 miesięcy na czas nieokreślony.
5. Warunkiem zgłoszenia do objęcia umową ubezpieczenia jest niekorzystanie przez kandydata ze zwolnienia lekarskiego przez co najmniej 30-dniowy okres bezpośrednio poprzedzający datę zgłoszenia do ubezpieczenia.

§ 4

Składka

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania za każdego Ubezpieczonego składki ubezpieczeniowej w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością określoną przez Towarzystwo.
3. Częstotliwość opłacania składki może być miesięczna, kwartalna, półroczna lub roczna.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wszelkich dołączonych do niej umów dodatkowych na warunkach określonych w polisie.
5. Składka płatna jest z góry, ale nie później niż w ostatnim dniu miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna.
6. Odstąpienie od umowy nie zwalnia z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
7. Wysokość składki ustalana jest przez Towarzystwo na każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia. W przypadku zmiany składki Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianie składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na dwa miesiące przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia.
8. W przypadku gdy Ubezpieczający po otrzymaniu od Towarzystwa informacji o wysokości składki w następnym rocznym okresie ubezpieczenia doręczy Towarzystwu najpóźniej na 30 dni przed upływem rocznego okresu ubezpieczenia pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Towarzystwo wysokość składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia, chyba że strony postanowią inaczej.
9. Nierozłączenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki w terminie określonym w ust. 8 będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:
 - 1) przedłużenie umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia;
 - 2) wysokość składki zaproponowaną przez Towarzystwo, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.
10. Składkę uważa się za zapłaconą z chwilą wpłynięcia jej na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa.

§ 5

Nieopłacenie składek

1. W przypadku gdy składka należna w danym okresie nie została opłacona do 14-go dnia pierwszego miesiąca okresu za który jest należna (okres prolongaty), umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu bez potrzeby uprzedniego powiadomienia o tym Ubezpieczającego.
2. W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do pomniejszenia świadczenia wypłaconego Uposażonemu o kwotę wymagalnej składki, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie prolongaty, a składka należna nie została opłacona.
4. Składkę uważa się za niezapłaconą w szczególności jeżeli wysokość składki przekazanej na rachunek Towarzystwa jest

niższa niż wynikająca z liczby osób, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem. Liczbę osób, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem, ustala się na podstawie dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 6 oraz w § 3 ust. 10 pkt 1),2),3),4).

§ 6

Czas rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i warunki jej trwania

1. Towarzystwo zobowiązuje się do udostępnienia Ubezpieczonemu określonych w umowie ubezpieczenia świadczeń zdrowotnych od daty wskazanej w indywidualnym certyfikacie, ale nie wcześniej niż od daty dostarczenia Ubezpieczającemu identyfikatora, o którym mowa w § 1 ust. 12 niniejszych OWU.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z datą określoną w ust. 1, jeżeli w tym dniu Ubezpieczony:
 - 1) wymieniony jest w wykazie imiennym osób zgłaszanych do ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
 - 2) spełnia warunki określone w § 3 ust. 4 i 5 niniejszych OWU;
3. Udostępnienie przez Ubezpieczonego identyfikatora osobie nie upoważnionej skutkuje natychmiastowym wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego.
4. W przypadku opisanym w ust. 3 Ubezpieczony odpowiedzialny za udostępnienie identyfikatora osobie nie ubezpieczonej zobowiązany jest zwrócić Towarzystwu koszty świadczeń zdrowotnych otrzymanych od ostatniej rocznicy umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczony, który nieprzebraniem zaleceń lekarskich przyczynia się do konieczności zastosowania wobec niego dodatkowych świadczeń zdrowotnych, ponosi koszty tych świadczeń.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa niezależnie od innych postanowień niniejszych OWU:
 - 1) w dniu, w którym ustał stosunek pracy;
 - 2) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 3) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 3;
 - 4) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 5) w dniu rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia.

§ 7

Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia Towarzystwo może objąć ochroną ubezpieczeniową Pracowników wcześniej nie ubezpieczonych. Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć wykaz imienny osób nowoprzyjętych, ich deklarację przystąpienia oraz inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo.
2. Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową Pracowników, o których mowa w ust. 1, mają zastosowanie niniejsze OWU z zastrzeżeniem, że odpowiedzialność Towarzystwa względem osób, które w dniu doręczenia Towarzystwu wniosku były zatrudnione dłużej niż 3 miesiące, lecz przystąpiły do ubezpieczenia po upływie 1 miesiąca od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, rozpoczyna się po upływie 1- miesięcznego okresu karencji od dnia wskazanego w § 6 ust. 1 niniejszych OWU.
3. Postanowień ust. 2 nie stosuje się w odniesieniu do Pracowników, którzy w okresie zawarcia umowy ubezpieczenia byli

zatrudnieni krócej niż 3 miesiące lub którzy po przerwie w zatrudnieniu z powodu odbywania zasadniczej służby wojskowej lub urlopu wychowawczego wznowią opłacanie składek nie później niż w okresie 1 miesiąca licząc od daty ponownego zatrudnienia po tej przerwie.

4. Postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio do osób, które w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie były pracownikami Ubezpieczającego i przystąpiły do umowy ubezpieczenia po upływie 4 miesięcy od dnia zatrudnienia.

§ 8

Wypłata świadczenia

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. O zajściu zdarzenia, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczający, Uposażony lub inna osoba uprawniona zobowiązana jest niezwłocznie powiadomić Towarzystwo najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.
3. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak jest Uposażonego lub też utracił on prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonkowi Ubezpieczonego;
 - 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak jest współmałżonka;
 - 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak jest dzieci i współmałżonka;
 - 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak jest rodziców, dzieci i współmałżonka;
 - 5) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak jest osób wymienionych powyżej.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia zasadności przyznania świadczenia, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu;
 - 2) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu lub zajścia zdarzenia;
 - 3) dokument stwierdzający tożsamość Uposażonego.
5. Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
6. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 5, nie zostały wyjaśnione wszystkie okoliczności dotyczące odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.
7. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa może zostać rozszerzony o wypłatę świadczeń z tytułu ryzyk dodatkowych w przypadku gdy umowy dodatkowe zostały dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Zakres odpowiedzialności z tytułu ryzyk dodatkowych jest określony w warunkach ubezpieczenia umów dodatkowych dołączonych do umowy ubezpieczenia

§ 9

Zmiany w umowie ubezpieczenia

1. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia oraz oświadczenia związane z jej wykonaniem lub rozwiązaniem wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający może wystąpić nie później niż na miesiąc przed każdą rocznicą polisy z pisemnym wnioskiem o dokonanie zmian zakresu świadczeń zdrowotnych.
3. Zmiany zakresu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 2, dokonywane są za zgodą Towarzystwa.
4. Zmiana częstotliwości opłacania składek może być dokonana w każdą rocznicę polisy.
5. Jeżeli Ubezpieczający albo Ubezpieczony zmienił adres siedziby lub zamieszkania i nie powiadomił o tym Towarzystwa, przyjmuje się, że Towarzystwo wypełniło swój obowiązek zawiadomienia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.

§ 10

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia może nastąpić na skutek:
 - 1) nieopłacenia składki do 14 dnia po terminie określonym w umowie ubezpieczenia ;
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia liczonego od dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składek za okres wypowiedzenia.
3. W przypadku rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 2 Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Przy zwrocie składki każdy rozpozczęty miesiąc traktuje się jako miesiąc pełny.

§ 11

Obowiązki Towarzystwa

1. Towarzystwo zobowiązane jest do zaopatrzenia Ubezpieczonego w identyfikator ubezpieczenia, umożliwiający dostęp do świadczeń zdrowotnych u Świadczeniodawców wskazanych przez Towarzystwo i w zakresie określonym w umowie ubezpieczenia.
2. Towarzystwo zobowiązuje się do udostępnienia aktualnej listy Świadczeniodawców.
3. W przypadku zagubienia identyfikatora przez Ubezpieczonego Towarzystwo zobowiązane jest do wydania duplikatu w terminie 14 dni od dnia, w którym Towarzystwo otrzymało pisemne powiadomienie o braku identyfikatora.

§ 12

Obowiązki Ubezpiezonego

1. Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do wglądu w dokumentację medyczną dotyczącą Ubezpiezonego prowadzoną przez Świadczeniodawcę.
2. Warunkiem uzyskania świadczenia jest okazanie identyfikatora, o którym mowa w § 1 ust. 12, wraz z dokumentem zaopatrzonym w zdjęcie, określającym tożsamość osoby objętej ochroną ubezpieczeniową.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest do ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich.
4. W trakcie realizowania świadczeń zdrowotnych Ubezpieczony zobowiązany jest do przestrzegania zasad organizacji pracy u Świadczeniodawców w części dotyczącej pacjentów.
5. W przypadku utraty identyfikatora Ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznego, pisemnego powiadomienia Towarzystwa o braku identyfikatora oraz ponosi koszty zaopatrzenia w duplikat.

§ 13

Obowiązki Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego informowania Towarzystwa o wszelkich zmianach w listach imiennych osób objętych umową ubezpieczenia.
2. W przypadku niezgłoszenia zmian Towarzystwo przyjmuje ostatni zgłoszony stan osobowy za aktualny.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do odbioru identyfikatora od Ubezpiezonego w przypadku rozwiązywania z nim umowy o pracę lub w innych przypadkach wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

4. Zwrócone identyfikatory Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie przekazać Towarzystwu.

§ 14

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wszelkie spory wynikłe pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi w związku z umową ubezpieczenia rozpatrywane będą przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa.
3. Niniejsze warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 74/2000 z dnia 04.12.2000 r. i wchodzi w życie z dniem 11.12.2000 r.



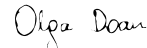
Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego (zwanym dalej „OWU”), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) zdarzenie ubezpieczeniowe - zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na pobycie Ubezpieczonego w szpitalu przez czas określony w niniejszych Warunkach, w celu leczenia choroby lub doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku;
 - 2) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 4) choroba - reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
 - 5) obrażenia ciała - uszkodzenie narządów i układów narządów będące następstwem wypadku lub wypadku w pracy;
 - 6) szpital - Zakład Opieki Zdrowotnej zarejestrowany w Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego lub w innym organie uprawnionym do rejestrowania Zakładów Opieki Zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych;
 - 7) wypadek - gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym niezależne od woli Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 8) wypadek w pracy - zdarzenie odpowiadające przesłankom określonym w art.6 ust. 1 ustawy z dnia 12 czerwca 1975 r. o świadczeniach z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 1983 r. nr 30, poz. 144 z późn. zmianami), zaistniałe jedynie podczas wykonywania obowiązków wynikających z umowy o pracę z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 9) choroba psychiczna - choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowawcze.
- pieczenia lub w każdą rocznicę polisy. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia przed rocznicą polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt. 1) z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa przewidzianych w niniejszych ogólnych warunkach.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku licząc od dnia jej zawarcia.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia i po opłaceniu dodatkowej składki.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.
8. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu;
 - 2) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);
 - 3) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 4) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 5) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 6) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 7) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - 8) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w przebiegu chorób psychicznych;
 - 9) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
 - 10) klęski żywiołowej lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - 11) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
 - 12) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie

§ 2

Zakres ubezpieczenia oraz zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubez-

- udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 13) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 14) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu nie dopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

§ 3

Składka

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia.

§ 4

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego:
 - 1) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych chorobą rozpoczyna się po 1 miesięcznym okresie karencji od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia;
 - 2) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych obrażeniami ciała rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego zaczyna się jednak nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu w którym została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego zapłacona składka, o której mowa w § 3 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w OWU.

§ 5

Ustalenie i wypłata świadczenia

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień zawartych w ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - 1) 5 pełnych dni jeżeli był spowodowany chorobą lub wypadkiem innym niż wypadek przy pracy pod warunkiem, że pierwszy dzień pobytu wypadł w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 2) 1 pełny dzień jeżeli był spowodowany obrażeniami ciała doznanymi przez Ubezpieczonego w następstwie wypad-

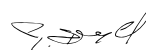
ku przy pracy;

- 3) 10 pełnych dni jeżeli był spowodowany odbytym porodem; pod warunkiem, że pierwszy dzień pobytu wypadł w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego.
4. Maksymalna wysokość świadczenia Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych które wystąpiły w 12 miesięcznym okresie odpowiedzialności licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć świadczenia za 60 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
5. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od zakończenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
6. Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, w szczególności Kartę Informacyjną leczenia szpitalnego. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.
7. Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o roszczeniu. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w powyższym terminie okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

§ 6

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. nr 76/2000 z dnia 4.12.2000 r. i wchodzą w życie z dniem 11.12.2000 r.



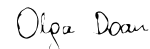
Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Wystąpienia w Ubezpieczonym Poważnym Zachorowaniu

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia w Ubezpieczonym Poważnym Zachorowaniu (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego (zwanych dalej „OWU”), które przewidują możliwość zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) zdarzenie ubezpieczeniowe - zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 3 pkt 1)-6) lub przebiegu zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w ust. 3 pkt 7) -9) pod warunkiem, że objawy chorób zdefiniowanych w ust. 3 pkt 1)-6) oraz chorób będących przyczyną bezpośrednią lub pośrednią dokonania zabiegów operacyjnych – wskazanych w ust. 3 pkt 7)-9) pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub daty zabiegu operacyjnego (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych Warunkach);
 - 2) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.
3. W rozumieniu umowy dodatkowej poniższe terminy oznaczają:
 - 1) złośliwa choroba nowotworowa - niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1 B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin’a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
 - 2) zawał serca - martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG, oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. „nieme zawały”;
 - 3) udar mózgu - uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR);
 - 4) niewydolność nerek - mocznica na skutek przewlekłej niewydolności nerek wymagająca leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy lub istnienia pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 5) całkowita utrata wzroku - całkowita nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie;
 - 6) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów: a) potwierdzenie rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa; b) obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa); c) obecność charakterystycznego obrazu w NMR tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa);
 - 7) zabiegi kardiochirurgiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy wykonania pomostów omijających dwóch lub więcej tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej i zastosowania techniki krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 8) zabiegi kardiochirurgiczne na otwartym sercu z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepienia sztucznych zastawek serca wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 9) przeszczep Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.

§ 2

Zakres ubezpieczenia oraz zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia

odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust 2 pkt. 1)) z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa przewidzianych w niniejszych ogólnych warunkach.

4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku licząc od dnia jej zawarcia.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia i po opłaceniu dodatkowej składki
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.
8. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia; przy czym za pozostawanie pod wpływem alkoholu uważa się stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 2) zaburzeń umysłu lub świadomości;
 - 3) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);
 - 4) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 5) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotnictwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 7) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - 8) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
 - 9) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 10) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS).
9. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności w sytuacji gdy Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń wymienionych w § 5 ust. 2, co miało wpływ na rozwój choroby lub na możliwość ustalenia jej zaawansowania.

10. Zdarzeń ubezpieczeniowych obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa, w rozumieniu niniejszych Warunków nie stanowią:

- 1) choroby wymienione w § 1 ust. 3 pkt 1) -6), jeżeli ich objawy wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji;
- 2) zabiegi operacyjne wymienione w § 1 ust. 3 pkt 7) -9), jeżeli objawy chorób będących przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.

11. Począwszy od dnia 55 urodzin Ubezpieczonego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczy ograniczonego zakresu poważnych zachorowań. Ograniczony zakres poważnych zachorowań obejmuje zdarzenia wymienione w § 1 ust 3 pkt 4), 6) oraz 8), 9).

§ 3 Składka

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia.

§ 4 Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się po 6 miesięcznym okresie karencji od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia. Odpowiedzialność rozpoczyna się jednak nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu w którym została przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonego zapłacona składka, o której mowa w § 3 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w § 2 ust. 11.

§ 5 Ustalenie i wypłata świadczeń

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.
3. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za dokumenty

takie uznaje się również wyniki badań potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty rozpoznania choroby lub opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

5. W przypadku zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza w zakresie i o częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania przeprowadzane są na koszt Towarzystwa.
6. Przystępując do dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.
7. Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o roszczeniu, nie wcześniej jednak niż w 31 dniu od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w powyższym terminie okazało się niemożliwe świadczenie powinno być spełnione

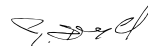
w ciągu 14 dni od wyjaśnienia, tych okoliczności.

8. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczy tylko sytuacji w której kolejne zdarzenia nie wynikają pośrednio lub bezpośrednio ze zdarzenia, za które wypłacono świadczenia.

§ 6

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska SA nr 75/2000 z dnia 04.12.2000 r. i wchodzi w życie z dniem 11.12. 2000 r.



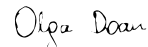
Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr. Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Kosztów Leczenia za Granicą

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Kosztów Leczenia za Granicą (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego (zwanych dalej „OWU”) T.U. Allianz Życie Polska S.A., które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 2) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 3) zdarzenie ubezpieczeniowe - zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenie to ma miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania Ubezpieczonego;
 - 4) koszty leczenia - wydatki poniesione na organizację niezbędnych usług medycznych związanych z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego (leczenie ambulatoryjne, szpitalne) oraz na zakup leków, jeżeli wymienione usługi medyczne lub leki zostały zakupione poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania Ubezpieczonego. Koszty leczenia są świadczone w zakresie niezbędnym do przywrócenia Ubezpieczonemu stanu zdrowia umożliwiającego powrót do Rzeczypospolitej Polskiej w celu kontynuowania leczenia przysługującego Ubezpieczonemu w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. O sposobie i możliwości transportu chorego Ubezpieczonego do Rzeczypospolitej Polskiej decyduje lekarz ELVIA. Jeżeli Ubezpieczony nie wyraża zgody na transport do Rzeczypospolitej Polskiej uznany przez lekarza ELVIA za możliwy, dalsze świadczenia Ubezpieczony ponosi na własny koszt;
 - 5) nagłe zachorowanie - powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, powodujący konieczność uzyskania natychmiastowej pomocy lekarskiej;
 - 6) nieszczęśliwy wypadek - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
 - 7) ELVIA - ELVIA Sp. z o.o. współpracująca z Towarzystwem i będąca jego przedstawicielem za granicą.
3. Na podstawie niniejszych Warunków Towarzystwo zapewnia osobom ubezpieczonym leczenie, którego koszty nie przekraczają wysokości sumy ubezpieczenia określonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
4. Maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest w dodatkowej umowie ubezpieczenia w euro (EU).
5. Ochrona ubezpieczeniowa obowiązuje we wszystkich państwach świata z wyłączeniem terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania Ubezpieczonego.

§ 2

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia są koszty leczenia Ubezpieczonego poniesione w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku w okresie trwania umowy.
2. W ramach ubezpieczenia umową dodatkową Towarzystwo gwarantuje pomoc medyczną. Jeżeli Ubezpieczony podczas podróży zagranicznej uległ nieszczęśliwemu wypadkowi lub nagle zachorował, Towarzystwo po konsultacji z Ubezpieczonym zapewnia wymaganą stanem zdrowia opiekę lekarską i pokrywa jej koszty obejmujące:
 - 1) transport medyczny do przychodni lub szpitala,
 - 2) konsultacje lekarskie,
 - 3) badania lekarskie, zabiegi, leki i środki opatrunkowe przepisane przez lekarza,
 - 4) pobyt w szpitalu (Towarzystwo dokonuje wyboru szpitala, który najlepiej odpowiada stanowi zdrowia Ubezpieczonego, rezerwuje miejsce, organizuje dowóz, informuje szpital o warunkach płatności oraz pozostaje w ciągłym kontakcie ze szpitalem),
 - 5) transport Ubezpieczonego do innego szpitala, jeżeli placówka, w której znalazł się Ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu jego zdrowia,
 - 6) leczenie dentystryczne z zastrzeżeniem, że górny limit odpowiedzialności Towarzystwa za leczenie stomatologiczne wynosi 80 EU lub równoważność tej kwoty w innej walucie i ogranicza się do leczenia wymagającego niezbędnej, natychmiastowej pomocy lekarskiej.
3. Łączna suma kosztów leczenia podlegających ochronie ubezpieczeniowej nie może być wyższa niż 35 000 EU.
4. Ubezpieczeniem Towarzystwa nie są objęte następujące koszty leczenia:
 - 1) nie związane z pomocą medyczną udzieloną w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) poniesione w związku z chorobami przewlekłymi, psychicznymi lub depresjami,
 - 3) poniesione w związku z chorobami, co do których istniały przeciwwskazania lekarskie do odbycia podróży lub z którymi związana była hospitalizacja Ubezpieczonego w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
 - 4) koszty leczenia sanatoryjnego, rehabilitacyjnego, fizykoterapii, helioterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych,
 - 5) koszty leczenia chorób przenoszonych drogą płciową i AIDS,
 - 6) koszty leczenia związane z ciążą za wyjątkiem jednej konsultacji lekarskiej i związanego z nią niezbędnego transportu do placówki medycznej, przy czym górny limit odpowiedzialności Towarzystwa za wymienione świadczenia wynosi 100 EU lub równoważność tej kwoty w innej walucie, z zastrzeżeniem pkt 7,
 - 7) koszty związane z przerywaniem ciąży,
 - 8) koszty sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności, a także koszty leczenia powikłań sztucznego zapłodnienia,
 - 9) koszty leczenia chorób będących wynikiem alkoholizmu lub przebywania pod wpływem alkoholu albo używania narkotyków lub środków odurzających nie przepisanych przez lekarza lub przepisanych przez lekarza, ale stosowanych niezgodnie z jego zaleceniem,
 - 10) koszty leczenia chorób będących wynikiem wypadków spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego, w tym usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubez-

pieczonego,

- 11) koszty leczenia chorób będących wynikiem epidemii, skażenia środowiska lub katastrof naturalnych,
 - 12) koszty leczenia chorób będących następstwami promieniowania radioaktywnego,
 - 13) koszty leczenia chorób i koszty interwencji w nagłych wypadkach powstałych na terenach objętych działaniami wojennymi o zasięgu lokalnym bądź międzynarodowym,
 - 14) koszty leczenia chorób i koszty interwencji w nagłych wypadkach powstałych na skutek brania udziału w rozruchach i aktach terroryzmu i sabotażu lub zamachach,
 - 15) koszty leczenia chorób będących wynikiem wypadku, któremu Ubezpieczony uległ podczas popełniania lub próby popełnienia przestępstwa, z wyjątkiem działania w obronie własnej zaakceptowanego przez Towarzystwo,
 - 16) koszty leczenia przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego,
 - 17) koszty szczepień i koszty leczenia dentystrycznego nie wymagające udzielenia natychmiastowej niezbędnej pomocy medycznej,
 - 18) koszty naprawy i zakupu okularów, protez w tym dentystrycznych i innego sprzętu rehabilitacyjnego,
 - 19) koszty leczenia chorób będących wynikiem wypadku, któremu Ubezpieczony uległ podczas amatorskiego uprawiania sportów motorowych i motorowodnych, powiatrznych lub wspinaczki wysokogórskiej,
 - 20) koszty leczenia chorób będących wynikiem wypadku, któremu Ubezpieczony uległ podczas wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu lub udziału w zawodach, wyścigach, występach lub treningach sportowych,
 - 21) koszty leczenia nie przekraczające 30 EU lub równowartości tej kwoty w innej walucie, z wyjątkiem leczenia dentystrycznego oraz kosztów określonych w ust. 4 pkt 6,
 - 22) koszty zabiegów lub leczenia nie uznanego w sposób naukowy i medyczny,
 - 23) koszty leczenia chorób będących wynikiem wypadku przy pracy albo w drodze do pracy lub z pracy,
 - 24) koszty leczenia chorób, na które Ubezpieczony zapadł podczas wyjazdu trwającego dłużej niż 14 dni.
5. Wyłączenia wymienione powyżej dotyczą zarówno kosztów leczenia oraz transportu jak i innych świadczeń gwarantowanych przez Towarzystwo w ramach umowy ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą.
6. Umową ubezpieczenia dodatkowego nie jest objęte zadośćuczynienie za doznane krzywdy, ból i cierpienie fizyczne czy moralne, jak również straty materialne wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy należących do Ubezpieczonego.

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia lub w każdą rocznicę polisy. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia i po opłaceniu dodatkowej składki.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo pot-

wierdza odpowiednim zapisem w polisie.

5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.
6. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest nieważna, jeśli w chwili jej zawarcia zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa miało już miejsce.

§ 4

Składka

Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia i dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości i z częstotliwością ustaloną przez Towarzystwo.

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się z chwilą przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy Rzeczypospolitej Polskiej, nie wcześniej jednak niż w dniu oznaczonym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się wraz z powrotem Ubezpieczonego do kraju, nie później jednak niż o godzinie 24.00 ostatniego dnia okresu ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.

§ 6

Postępowanie powypadkowe

1. Dla uzyskania pomocy medycznej i pokrycia kosztów usług gwarantowanych niniejszymi Warunkami Ubezpieczony lub osoba przez niego upoważniona zobowiązany jest niezwłocznie zgłosić (telefonicznie lub faksem) prośbę o pomoc do przedstawiciela Towarzystwa za granicą - ELVIA. Adres, numery telefonów i faksów podane są w dokumentacji ubezpieczeniowej. Kontaktując się z ELVIA Ubezpieczony lub osoba przez niego upoważniona powinna dokładnie wyjaśnić osobie dyżurującej okoliczności, w których znajduje się Ubezpieczony i określić jakiej pomocy potrzebuje oraz umożliwić lekarzom ELVIA dostęp do wszystkich informacji medycznych. Kontakt z ELVIA odbywa się w języku polskim.
2. Na życzenie ELVIA Ubezpieczony lub osoba przez niego upoważniona obowiązani są okazać identyfikator ubezpieczenia zdrowotnego Ubezpieczonego lub podać jego numer.
3. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba przez niego upoważniona z przyczyn niezależnych od siebie nie skontaktował się uprzednio z ELVIA w celu uzyskania pokrycia lub zwrotu kosztów, zobowiązany jest w ciągu 5 dni od daty zaistnienia zdarzenia powiadomić ELVIA o zaistniałych kosztach i przesłać dokumentację potwierdzającą zasadność roszczeń.
4. Skontaktowanie się z ELVIA najpóźniej w terminie przewidzianym w ust. 3 i uzyskanie gwarancji pokrycia kosztów jest warunkiem przejścia odpowiedzialności przez Towarzystwo, chyba że Ubezpieczony nie skontaktował się z ELVIA z powodu zdarzenia losowego lub siły wyższej.
5. Jeżeli Ubezpieczony na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej nie wystąpił do ELVIA o pokrycie lub zwrot kosztów bądź uzyskał zgodę ELVIA na refundację kosztów po powrocie do kraju, fakt skorzystania z gwarancji określonych w umowie

ubezpieczenia zobowiązany jest zgłosić w ciągu 7 dni od daty końcowej okresu ubezpieczenia bez względu na to czy pełna dokumentacja potwierdzająca zasadność i wysokość roszczeń jest w jego posiadaniu. Zgłoszone roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ubezpieczonego pełnej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie, oryginałów rachunków i oryginałów dowodów ich zapłaty oraz diagnozy choroby i oryginałów dowodów zastosowanego leczenia.

6. Jeżeli Ubezpieczony nie dopełni któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1, 3 i 5 Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia, zmniejszenia go lub pokrycia do wysokości takiej kwoty, jaką Towarzystwo poniosłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.
7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo uzyskania wszelkich informacji medycznych u lekarzy prowadzących leczenie Ubezpieczonego za granicą, jak również zasięgnięcie opinii lekarzy konsultantów krajowych.

§ 7

Ustalenie i wypłata świadczenia

1. Jeżeli wypłata przysługujących świadczeń następuje na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, świadczenia płatne są w złotych i stanowią równowartość kwot określonych w EU według średniego kursu NBP opublikowanego w dniu wydania decyzji o wypłacie świadczenia.
2. Podanie przez Ubezpieczonego nieprawdziwych danych dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień powoduje utratę prawa do korzystania z usług bądź odmowę wypłaty świadczenia.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego zwrot poniesionych przez niego kosztów przysługuje (na podstawie przedłożonego aktu zgonu Ubezpieczonego) w następującej kolejności:
 - 1) osobie wyznaczonej imiennie (uposażonej) w certyfikacie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego,
 - 2) współmałżonkowi Ubezpieczonego, gdy brak uposażonego,
 - 3) dzieciom Ubezpieczonego (w równych częściach), gdy brak współmałżonka,
 - 4) rodzicom Ubezpieczonego (w równych częściach), gdy brak dzieci,
 - 5) innym spadkobiercom ustawowym, gdy brak rodziców.
4. Wykonanie usług gwarantowanych w niniejszych Warunkach może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub o zasięgu międzynarodowym, skutków promieniowania radioaktywnego, zdarzenia losowego lub siły wyższej.
5. Towarzystwo jest zobowiązane wypłacić świadczenie w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia roszczenia. Jeżeli w powyższym terminie ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa nie jest możliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od wyjaśnienia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno wypłacić w terminie 30 dni od daty zgłoszenia roszczenia.

§ 8

Roszczenia regresowe

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem wypłaty odszkodowania przez Towarzystwo roszczenie Ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Towarzystwo do wysokości poniesionych kosztów.
2. Jeżeli Ubezpieczający bez zgody Towarzystwa rezygnuje

lub zrezygnował z prawa dochodzenia roszczenia od osoby odpowiedzialnej za szkodę lub z prawa do zabezpieczenia roszczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia do wysokości należnego roszczenia.

3. Nie przechodzi na Towarzystwo roszczenie przeciwko osobom z którymi Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.
4. Na żądanie Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, w szczególności udzielając informacji i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

§ 9

Postanowienia końcowe

1. Pomoc Ubezpieczonemu w związku ze zdarzeniem objętym dodatkową umową ubezpieczeniową udzielana jest zgodnie z przepisami obowiązującymi w państwie, w którym jest ona świadczona, lub zgodnie z przepisami prawa międzynarodowego.
2. Od ustaleń w sprawie świadczenia osoba uprawniona może w terminie 30 dni od daty ich jego otrzymania wystąpić do Towarzystwa z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy.
3. Wszelkie roszczenia wynikające z niniejszej umowy ulegają przedawnieniu po upływie 3 lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ubezpieczeniem.
4. Za pisemną zgodą Stron do umowy mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych warunkach.
5. Wszelkie zmiany dodatkowej umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
7. Niniejsze Warunki zostały przyjęte Uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. nr 8/2001 z dnia 20.02.2001 r. i wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

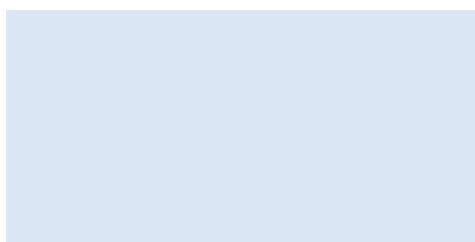
Dr. Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu

Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Infolinia: 0 801 10 20 30

Towarzystwo Ubezpieczeniowe
Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna
www.allianz.pl



OWU-GM 02