

Ogólne Warunki Grupowego Ubez-
pieczenia na Życie
„Allianz-Rodzina”
indeks GZ 04

Rodzina

Spis treści

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie (indeks GZ 04)	5-10
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następcstwie Wypadku (indeks GZ NW 02)	11
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następcstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu (indeks GZ WZ 02)	12-13
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego (indeks GZ IN 02)	14-15
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następcstwie Wypadku (indeks GZ CI 02)	16-17
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następcstwie Wypadku - Pełna Ochrona (indeks GZ CP 02)	18-19
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego (indeks GZ ZW 02)	20
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego w Następcstwie Wypadku (indeks GZ ZN 01)	21
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Współmałżonka (indeks GZ ZR 02)	22-23
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka Ubezpieczonego i Urodzenia się Martwego Dziecka (indeks GZ ZD 02)	24
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego (indeks GZ UD 02)	25
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego (indeks GZ OD 02)	26
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka po Zgonie Ubezpieczonego (indeks GZ ZU 02)	27-28
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (indeks GZ PZ 01)	29-31
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Współmałżonka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (indeks GZ PW 01)	32-34
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (indeks GZ PD 01)	35-37
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenie Ubezpieczonego w Szpitalu (indeks GZ SU 01)	38-39
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Inwestycyjnym (indeks GZ FI 01)	40-42
Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Allianz-Rodzina” WARIANTY	43
Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Allianz-Rodzina”, jeżeli Ubezpieczenie nie jest zawarte w WARIANTACH	44

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie (indeks GZ 04)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej Towarzystwem, z pracodawcami, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) Ubezpieczający - osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zatrudniającą Ubezpieczonych. Dla potrzeb niniejszych OWU na równi z zatrudnieniem (stosunkiem pracy) traktuje się istnienie pomiędzy Ubezpieczającym i osobami obejmowanymi ubezpieczeniem każdego innego związku (przynależność Ubezpieczonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego, itp.) uzasadniającego zdaniem Towarzystwa możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych OWU;
 - 2) Pracownik - osobę fizyczną, którą łączy z Ubezpieczającym stosunek prawny opisany w pkt 1);
 - 3) Ubezpieczony - osobę fizyczną, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
 - 4) Współubezpieczony - objętego ubezpieczeniem na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia członka rodziny Ubezpieczonego;
 - 5) umowa ubezpieczenia - umowę, zawieraną na podstawie niniejszych OWU;
 - 6) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego;
 - 7) karencja - wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia lub dodatkowych umów ubezpieczenia przez okres wskazany w OWU;
 - 8) rocznica polisy - każdą rocznicę daty zawarcia umowy;
 - 9) Uposażony - osobę wyznaczoną przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
 - 10) składka - składkę ochronną w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, przeznaczoną na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym oraz w ramach zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym;
 - 11) wypadek - gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym niezależne od woli Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu lub inwalidztwa osoby objętej ubezpieczeniem i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego.

Zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w zakresie podstawowym lub w zakresie podstawowym i rozszerzonym.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w zakresie podstawowym jest życie Ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia, w zakresie rozszerzonym, przedmiotem ubezpieczenia może być życie lub zdrowie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych oraz inne zdarzenia zachodzące w życiu Ubezpieczonego.

3. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zgonu Ubezpieczonego.
4. W związku z zawarciem dodatkowych umów ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa mogą być objęte zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego.
5. Zakres ubezpieczenia określany jest przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie lub zmianę umowy ubezpieczenia.
6. Zakres ubezpieczenia jest jednakowy dla wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej umowy ubezpieczenia.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku licząc od dnia jej zawarcia. Umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie pod warunkiem zachowania trybu określonego powyżej.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta dla grupy liczącej co najmniej 10 osób.
3. Umowa ubezpieczenia wchodzi w życie w dniu oznaczonym w polisie jako data zawarcia umowy.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego, na formularzu Towarzystwa.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - 1) wykaz imienny pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia;
 - 2) deklarację przystąpienia do ubezpieczenia każdej z osób zgłaszanych do ubezpieczenia. Dokument ten powinien być wypełniony i podpisany przez osobę zgłaszaną do ubezpieczenia.
6. Towarzystwo może wymagać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia innych dokumentów uznanych przez Towarzystwo za niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia.
7. Dokumenty wymienione w ust. 5 i ust. 6, po ich zaakceptowaniu przez Towarzystwo, stanowią będą załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
8. Towarzystwo może, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszty takich badań ponosi Towarzystwo.
9. Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza wystawiając polisę.
10. Za zgodą Towarzystwa i na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo dopuszcza się u jednego Ubezpieczającego

utworzenie kilku grup i dla każdej z grup zawarcie odrębnej umowy ubezpieczenia. Umowy ubezpieczenia zawarte z jednym Ubezpieczającym mogą przewidywać różne wysokości sumy ubezpieczenia. Muszą być spełnione przy tym następujące warunki:

- 1) nie dopuszcza się ubezpieczenia tych samych osób w więcej niż jednej grupie;
- 2) osoby ubezpieczone nie mogą indywidualnie zmieniać sumy ubezpieczenia poprzez zmianę grupy;
- 3) zakres ubezpieczenia musi być wspólny dla wszystkich grup utworzonych u jednego Ubezpieczającego, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.

11. Dla każdej z grup Towarzystwo wystawia odrębną polisę.

12. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu następnym po dniu podpisania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 64 lat.

13. Po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania, najpóźniej ostatniego dnia każdego miesiąca obowiązywania umowy, między innymi następujących dokumentów:

- 1) wykazu osób przystępujących do ubezpieczenia w kolejnym miesiącu;
- 2) wykazu osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których, w kolejnym miesiącu wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z podaniem jednego z powodów:
 - a) ustania stosunku pracy,
 - b) przerwy w zatrudnieniu, o której mowa w § 12 ust. 4,
 - c) zgonu Ubezpieczonego;
- 3) rozliczenia składek i liczby osób, które mają być objęte ubezpieczeniem;
- 4) potwierdzenia wpłaty składki na konto Towarzystwa.

§ 4

1. Umowa jest zawierana 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.

2. W przypadku, gdy Ubezpieczający określi dodatkowe kryteria, które muszą spełniać zatrudnieni obejmowani ubezpieczeniem, limity o których mowa w ust. 1, stosuje się do grupy osób spełniających te kryteria.

3. Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w ust. 1, to umowa ubezpieczenia może być zawarta za zgodą Towarzystwa i na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo.

Zmiany umowy ubezpieczenia

§ 5

1. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o dokonanie zmian w umowie ubezpieczenia nie później niż na miesiąc przed każdą rocznicą polisy.

2. Zmiany w umowie ubezpieczenia dokonywane są za zgodą Towarzystwa.

3. W przypadku zmiany sumy ubezpieczenia, Towarzystwo może zaakceptować nową sumę ubezpieczenia pod warunkiem

zastosowania 6 miesięcznego okresu karencji. Karencja odnosi się do wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowych umów ubezpieczenia, o ile kwota świadczenia jest odniesiona do sumy ubezpieczenia.

4. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 6 miesięcznej karencji od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci świadczenie uwzględniając sumę ubezpieczenia obowiązującą przed datą złożenia przez Ubezpieczającego wniosku, o którym mowa w ust. 1. Ograniczenie powyższe nie dotyczy zdarzeń objętych odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia i dodatkowych umów ubezpieczenia, będących następstwem wypadku.

5. W przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia możliwe jest tylko rozszerzenie zakresu ubezpieczenia poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia

§ 6

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.

2. Suma ubezpieczenia może być wyrażona, w szczególności, w następujący sposób:

- 1) kwotowo w jednakowej wysokości;
- 2) jako wielokrotność miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto przysługującego Ubezpieczonemu z tytułu umowy o pracę w miesiącu poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, w jednakowej wielokrotności.

3. Suma ubezpieczenia musi być jednakowa dla wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej grupy.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2), ubezpieczeniem musi zostać objęte 100% Pracowników.

5. Ubezpieczający może, za zgodą Towarzystwa, zmienić sumę ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy, zgodnie z postanowieniami § 5.

6. W przypadku, gdy suma ubezpieczenia wyrażona jest w sposób określony w ust. 2 pkt 2), to może być ona zmieniona na podstawie aktualnych miesięcznych zasadniczych wynagrodzeń brutto przysługujących Ubezpieczonemu w miesiącu poprzedzającym rocznicę polisy.

Składka

§ 7

1 Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości i z częstotliwością wskazaną w umowie ubezpieczenia.

2. Częstotliwość opłacania składki może być miesięczna, kwartalna, półroczna lub roczna.

3. Stopę składki ustala się w szczególności w zależności od: zawartych umów dodatkowych stanowiących rozszerzenie umowy w zakresie podstawowym, częstotliwości opłacania składki.

4. Składka za Ubezpieczonego równa jest iloczynowi stopy składki i sumy ubezpieczenia.

5. Składka płatna jest z góry, ale nie później niż w ostatnim dniu miesiąca poprzedzającego okres za który jest należna.

6. Wraz z każdą płatnością składki Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania dokumentów wymienionych w § 3 ust. 13.
7. Wysokość stopy składki ustalana jest przez Towarzystwo na każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia. W przypadku zmiany stopy składki Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianie stopy 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 stopy 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 stopy składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1, chyba, że strony postanowią inaczej.
9. Nierozłączenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości stopy składki w terminie określonym w ust. 8 będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:
 - 1) przedłużenie umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia;
 - 2) wysokość stopy składki zaproponowaną przez Towarzystwo, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia. Upływ powyższego terminu wyłącza możliwość złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1.
10. W przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia, składki należne na podstawie dodatkowych umów ubezpieczenia podwyższają składkę płaconą przez Ubezpieczającego na rzecz każdego z Ubezpieczonych.
11. Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, gdy wpłynie ona na konto Towarzystwa, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.

Nieopłacanie składek

§ 8

1. W przypadku, gdy składka należna w danym okresie nie została opłacona do 10 dnia pierwszego miesiąca okresu za który jest należna (okres prolongaty), to Towarzystwo zawiesi odpowiedzialność od 1 dnia tego okresu. Odpowiedzialność Towarzystwa ulega zawieszeniu do czasu jej wznowienia, nie dłużej jednak niż na okres 3 miesięcy, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.
2. 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. 5 pkt 1) oraz w § 3 ust. 13.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa ulega wznowieniu pierwszego dnia następującego po dniu zapłaty przez Ubezpieczającego na rzecz Towarzystwa składek za okres od dnia zawieszenia odpowiedzialności do dnia dokonania wpłaty oraz składki za kolejny okres w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
4. W przypadku niewznowienia odpowiedzialności w trybie opisanym w ust. 3, w terminie 3 miesięcy od daty zawieszenia, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa i umowa ulega rozwiązaniu z upływem powyższego terminu.

5. Z tytułu wystąpienia, w okresie zawieszenia odpowiedzialności Towarzystwa, zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci świadczenie wyłącznie wtedy, gdy Ubezpieczający przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 4 dokona wpłaty składek za okres od dnia zawieszenia odpowiedzialności do dnia dokonania wpłaty wraz ze składką za kolejny okres w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia. W przypadku, gdy Ubezpieczający nie dokona powyższej wpłaty w terminie określonym w ust. 4, Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia, w okresie zawieszenia odpowiedzialności, zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku podjęcia decyzji o niezawieszeniu odpowiedzialności, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 9

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu wskazanym przez Towarzystwo w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zostały spełnione łącznie następujące warunki, z zastrzeżeniem postanowień § 12 ust. 2 i 3:
 - 1) Towarzystwo otrzymało i zaakceptowało deklarację przystąpienia do ubezpieczenia danej osoby;
 - 2) Ubezpieczony wymieniony jest na wykazie imiennym, o którym mowa w § 3 ust. 5 pkt 1) § 3 ust. 13 pkt 1);
 - 3) zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego pierwsza składka.
 - 4) wysokość składki przekazanej na rachunek Towarzystwa jest nie niższa niż wynikająca z liczby osób, wymienionych na wykazie imiennym, o którym mowa w § 3 ust. 5 pkt. 1) lub § 3 ust. 13 pkt. 1).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego, względem danego Ubezpieczonego wygasa niezależnie od innych postanowień OWU:
 - 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) w ostatnim dniu miesiąca, w którym ustał stosunek pracy;
 - 3) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 4) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności, o którym mowa w § 8 ust. 4;
 - 5) w dniu rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia.
3. Z dniem określonym w ust. 2 wygasa odpowiedzialność Towarzystwa wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych na rzecz lub w związku z Ubezpieczonym, o ile Ogólne Warunki Umów Dodatkowych nie przewidują innego terminu wygaśnięcia odpowiedzialności.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 10

1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składek za okres wypowiedzenia.
2. Jeżeli liczba Ubezpieczonych objętych odpowiedzialnością w ramach umowy spadnie poniżej limitów określonych w § 4 ust. 1, to umowa ulega rozwiązaniu w terminie

wskazanym przez Towarzystwo w piśmie powiadamiającym Ubezpieczającego o zajściu tej okoliczności.

3. W przypadku rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 1 lub ust. 2 Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Przy zwrocie składki, każdy rozpoczęty miesiąc traktuje się jako miesiąc pełny.
4. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia skutkuje rozwiązaniem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 11

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia:
 - 1) w ciągu 7 dni licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli jest osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej;
 - 2) w ciągu 30 dni licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli jest osobą fizyczną.
2. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składek za okres udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia

§ 12

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia Towarzystwo może objąć ochroną ubezpieczeniową Pracowników wcześniej nie ubezpieczonych. Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć wykaz imienny osób nowoprzystępujących, ich deklaracje przystąpienia oraz inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo.
2. Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową Pracowników, o których mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia niniejszych OWU, z zastrzeżeniem, że odpowiedzialność Towarzystwa względem osób, które w dniu doręczenia Towarzystwu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia były zatrudnione, lecz przystąpiły do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcznego okresu karencji liczonego od dnia wskazanego w § 9 ust. 1 niniejszych OWU.
3. Postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio w odniesieniu do osób, które w dniu doręczenia Towarzystwu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie były Pracownikami Ubezpieczającego i przystąpiły do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zatrudnienia przez Ubezpieczającego.
4. Postanowień ust. 2 nie stosuje się w odniesieniu do Pracowników, którzy po przerwie w zatrudnieniu z powodu odbywania zasadniczej służby wojskowej lub urlopu wychowawczego wznowią opłacanie składek nie później niż w okresie 1-go miesiąca, licząc od daty ponownego zatrudnienia po tej przerwie.
5. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 2 odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia i wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia objęte są tylko zdarzenia będące następstwem wypadku.
6. Osoba, która przebywa na zwolnieniu lekarskim, może być zgłoszona do ubezpieczenia po upływie jednego miesiąca od podjęcia pracy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania dodatkowej dokumentacji medycznej dotyczącej jej stanu zdrowia.

Kontynuacja ubezpieczenia

§ 13

Ubezpieczonemu, który był objęty odpowiedzialnością Towarzystwa przez co najmniej 12 miesięcy przysługuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po ustaniu stosunku pracy z Ubezpieczającym, na warunkach indywidualnej kontynuacji przedstawionych przez Towarzystwo, pod warunkiem złożenia wniosku o kontynuację w terminie 30 dni od daty ustania stosunku pracy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 14

1. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego i Współubezpieczonych na podstawie dodatkowych umów ubezpieczenia, gdy zgon nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) samobójstwa lub 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, rozruchach i zamieszkach.
2. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu następstw wypadków na podstawie umowy ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli wypadek nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, bądź niezgodnie 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) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a w szczególności utraty przytomności, ataku epilepsji, konwulsji, jeżeli powyższe nie były spowodowane wypadkiem;
 - 3) wypadku lotniczego, nie dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 4) łamania lub próby łamania prawa przez Ubezpieczonego;
 - 5) wojny wypowiedzianej lub niewypowiedzianej, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru; przy czym za akty terroru uważa się dokonanie lub groźbę 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;
 - 6) 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;
 - 7) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych wszelkich pojazdów silnikowych;
 - 8) rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczości wszelkiego typu bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania na Ubezpieczonego, z wyłączeniem

- promieniowania elektrycznego, którego źródłem są sprzęty powszechnego użytku oraz wszelkiego rodzaju promieniowania stosowanego w terapii zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było zalecone przez lekarza w bezpośrednim związku z wypadkiem;
 - 10) wszelkich stanów chorobowych, somatycznych (na przykład: zawał serca, udar mózgu) i psychicznych, których bezpośrednią przyczyną powstania nie były następstwa wypadku;
 - 11) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - 12) samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał w wyniku wypadku.
3. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego i Współubezpieczonych, będącego następstwem wypadku, jeżeli zgon nastąpił po upływie 90 dni od zajścia wypadku.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 15

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia Towarzystwa w przypadku zgonu Ubezpieczonego są osoby wskazane przez Ubezpieczonego, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 18 niniejszych OWU.

§ 16

1. Świadczenie, o którym mowa w § 15 oraz świadczenia z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu;
 - 2) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu lub zajścia zdarzenia;
 - 3) opis wypadku - w przypadku zdarzeń będących następstwem wypadku.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
3. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie Towarzystwa zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od daty wyjaśnienia tych okoliczności.
4. W razie odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie.
5. Postanowienia § 16 mają zastosowanie do wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 17

1. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek zgonu, zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.

2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Wniosek o zmianę Uposażonego Ubezpieczony składa na formularzu Towarzystwa.
4. Towarzystwo związane jest dokonaną zmianą począwszy od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego.
5. W przypadku, gdy suma wskazań procentowych Uposażonych przekracza 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia z tytułu zgonu są równe.
6. Uposażony traci prawo do świadczenia, jeżeli umyślnie przyczynił się do zgonu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

§ 18

Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego, albo gdy Uposażony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:

- 1) współmałżonkowi;
- 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli 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.

Postanowienia końcowe

§ 19

1. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona powinien niezwłocznie powiadomić Towarzystwo najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.
2. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie, na formularzu Towarzystwa, za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym.
3. Jeżeli Ubezpieczający albo Ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym Towarzystwa, przyjmuje się, że Towarzystwo wypełniło swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.

§ 20

1. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia w porozumieniu z Ubezpieczającym.
2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 21

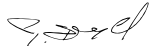
1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do Towarzystwa rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.

3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenia do Towarzystwa przerywa się przez zgłoszenie Towarzystwu tego roszczenia, lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

§ 22

1. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy miejscowy ze względu na siedzibę Towarzystwa.
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1990 r. Nr 59, poz. 344 z późn. zm.).
3. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 20/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.

Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku (indeks GZ NW 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej „OWU”), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) wypadek - gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym niezależne od woli Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu i nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności wynikającej z umowy dodatkowej;
 - 2) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku.
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 w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 3 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku wygasa na zasadach określonych w OWU.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach, określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w tym w szczególności z tytułu zgonu w następstwie wypadku.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6


1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia wypłacanego na podstawie umowy ubezpieczenia.
2. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1 jest osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia.
3. Osoba uprawniona zobowiązana jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu;
 - 2) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu lub zajścia zdarzenia;
 - 3) opis wypadku.

Postanowienia końcowe

§ 7

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 21/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.

Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu (indeks GZ WZ 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1 Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (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) zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca - zgon Ubezpieczonego w następstwie martwicy części mięśnia sercowego spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego;
- 2) zgon Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu - zgon Ubezpieczonego w następstwie udaru niedokrwinnego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego;
Wyłączone są zgony w następstwie następujących stanów chorobowych: udar spowodowany zatorem tłuszczowym, zatorem powietrznym, skutki choroby kesonowej, urazowe uszkodzenia centralnego układu nerwowego;
- 3) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
- 4) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są następujące zdarzenia:
 - 1) zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca;
 - 2) zgonu Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu.
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 w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 3 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Towarzystwo, niezależnie od dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego określonych w umowie ubezpieczenia, jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) 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;
 - 3) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było zalecone przez lekarza;
 - 4) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;

- 5) próby samobójstwa, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności.
2. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie 30 dni od wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU.
2. Wypłata świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu następuje tylko w przypadku zaakceptowania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego wypłacanego w oparciu o postanowienia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Wypłata świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zdarzenia uznanego przez Towarzystwo za zawał serca lub udar mózgu wyklucza możliwość uznania tego zdarzenia za wypadek w rozumieniu dodatkowej umowy ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku i wypłatę przez Towarzystwo świadczenia z tytułu ww. dodatkowej umowy ubezpieczenia.


4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1 jest osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia.
5. Osoba uprawniona zobowiązana jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu;
 - 2) karta zgonu lub protokół badania sekcyjnego, w którym określona została pierwotna przyczyna zgonu.

Postanowienia końcowe

§ 7

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 22/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.

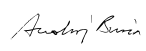
Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego (indeks GZ IN 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanych dalej „OWU”), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) inwalidztwo - trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, w rezultacie którego Ubezpieczony utracił zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz jest całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji;
 - 2) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie wystąpienia inwalidztwa u Ubezpieczonego.
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 w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 3 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego wygasa w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w przypadku, gdy inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a w szczególności w stanie utraty przytomności, ataku epilepsji, konwulsji;
 - 3) wypadku lotniczego, nie dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 4) łamania lub próby łamania prawa przez Ubezpieczonego;
 - 5) wojny wypowiedzianej lub niewypowiedzianej, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 6) 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;
 - 7) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych wszelkich pojazdów silnikowych;
 - 8) rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczości wszelkiego typu, bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania na Ubezpieczonego, z wyłączeniem promieniowania elektrycznego, którego źródłem są sprzęty powszechnego użytku oraz wszelkiego rodzaju promieniowania stosowanego w terapii zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 9) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było zalecone przez lekarza;
 - 10) infekcji lub choroby, powstałej przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczony;

- 11) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
 - 12) próby samobójstwa, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności.
2. Inwalidztwo zostaje uznane za inwalidztwo w następstwie wypadku, jeżeli nastąpi ono nie później niż po 180 dniach od zajścia wypadku.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji.
3. Wystąpienie zdarzenia inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS.

4. Z dniem zajścia zdarzenia powodującego inwalidztwo Ubezpieczonego wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wszelkich dodatkowych umów ubezpieczenia, względem tego Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 7

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 23/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.


Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr. Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku (indeks GZ CI 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanych 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) częściowe inwalidztwo - trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy, będące następstwem wypadku;
 - 2) wypadek - gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym niezależne od woli Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego inwalidztwa i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 3) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 4) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdej rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest ryzyko wystąpienia częściowego inwalidztwa.
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 w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 3 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w OWU.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

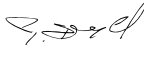

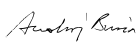
§ 5

1. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach, określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu następstw wypadków.
2. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu częściowego inwalidztwa, jeżeli częściowe inwalidztwo ujawniło się (i nie było wcześniej leczone), po upływie 180 dni od wypadku.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. Z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie, o ile orzeczony stopień częściowego inwalidztwa wyrażony w procentach przekracza 5%.
2. Kwotę świadczenia, o którym mowa w ust. 1 stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia odniesiony do procentu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień ust. 3, ust. 5 i ust. 6.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ustalenia w umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia wypłacanego z tytułu częściowego inwalidztwa.
4. Wystąpienie częściowego inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, z zastrzeżeniem, że:
 - 1) procent częściowego inwalidztwa orzekany jest na podstawie Tabeli Oceny Procentowej Inwalidztwa obowiązującej w Towarzystwie w dniu orzeczenia;
 - 2) od orzeczenia lekarza lub lekarzy orzekających nie przysługuje odwołanie;
 - 3) orzeczony stopień inwalidztwa jako następstwo jednego wypadku nie podlega weryfikacji, mimo pogorszenia się stanu

- zdrowia Ubezpieczonego po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa.
5. Stopień częściowego inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, najpóźniej w ciągu 24 miesięcy od dnia wypadku.
 6. Jeżeli wskutek wypadku, upośledzona została większa liczba funkcji fizycznych lub psychicznych, to stopnie częściowego inwalidztwa zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% częściowego inwalidztwa.
 7. Jeżeli wskutek wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, których funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent częściowego inwalidztwa określa się jako różnicę pomiędzy stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem, a stanem po wypadku.
 8. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) opis wypadku;
 - 2) wstępne orzeczenie lekarskie;
 - 3) przewidywany termin zakończenia leczenia z uwzględnieniem okresu rehabilitacji.
 9. Towarzystwo zastrzega sobie prawo przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia częściowego inwalidztwa.
 10. Przy ustalaniu procentu częściowego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 11. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa, a następnie w ciągu sześciu miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon lub inwalidztwo Ubezpieczonego (objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowej inwalidztwa Ubezpieczonego) będące następstwem tego samego wypadku, wówczas Towarzystwo pomniejszy świadczenie wypłacane z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego wcześniej z tytułu częściowego inwalidztwa.
- Postanowienia końcowe**
- § 7**
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 24/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.
- Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.
- | | | |
|---|---|---|
|  |  |  |
| Paweł Dangel
Prezes Zarządu | Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu | Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu |

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku - Pełna Ochrona (indeks GZ CP 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku - Pełna Ochrona (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (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) częściowe inwalidztwo - trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy, będące następstwem wypadku;
 - 2) wypadek - gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym niezależne od woli Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego inwalidztwa i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 3) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 4) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest ryzyko wystąpienia częściowego inwalidztwa.
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 w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 3 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w OWU.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

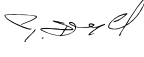


§ 5

1. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach, określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu następstw wypadków.
2. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu częściowego inwalidztwa, jeżeli częściowe inwalidztwo ujawniło się (i nie było wcześniej leczone), po upływie 180 dni od wypadku.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. Z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie.
2. Kwotę świadczenia, o którym mowa w ust. 1 stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia odniesiony do procentu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień ust. 3, ust. 5 i ust. 6.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ustalenia w umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia wypłacanego z tytułu częściowego inwalidztwa.
4. Wystąpienie częściowego inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, z zastrzeżeniem, że:
 - 1) procent częściowego inwalidztwa orzekany jest na podstawie Tabeli Oceny Procentowej Inwalidztwa obowiązującej w Towarzystwie w dniu orzeczenia;
 - 2) od orzeczenia lekarza lub lekarzy orzekających nie przysługuje odwołanie;
 - 3) orzeczony stopień inwalidztwa jako następstwo jednego wypadku nie podlega weryfikacji, mimo pogorszenia się stanu

- zdrowia Ubezpieczonego po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa.
5. Stopień częściowego inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, najpóźniej w 24 miesiące od dnia wypadku.
 6. Jeżeli wskutek wypadku, upośledzona została większa liczba funkcji fizycznych lub psychicznych, to stopnie częściowego inwalidztwa zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% częściowego inwalidztwa.
 7. Jeżeli wskutek wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, których funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent częściowego inwalidztwa określa się jako różnicę pomiędzy stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem, a stanem po wypadku.
 8. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) opis wypadku;
 - 2) wstępne orzeczenie lekarskie;
 - 3) przewidywany termin zakończenia leczenia z uwzględnieniem okresu rehabilitacji.
 9. Towarzystwo zastrzega sobie prawo przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia częściowego inwalidztwa.
 10. Przy ustalaniu procentu częściowego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 11. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa, a następnie w ciągu sześciu miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon lub inwalidztwo Ubezpieczonego (objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowej inwalidztwa Ubezpieczonego) będące następstwem tego samego wypadku, wówczas Towarzystwo pomniejszy świadczenie wypłacane z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego wcześniej z tytułu częściowego inwalidztwa.
- Postanowienia końcowe**
- § 7**
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 25/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.
- Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.
- | | | |
|---|---|---|
|  |  |  |
| Paweł Dangel
Prezes Zarządu | Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu | Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu |

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego (indeks GZ ZW 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej „OWU”), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) współmałżonek - osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim;
 - 2) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie współmałżonka.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa objęte jest zdarzenie zgonu współmałżonka.
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 w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do współmałżonka danego Ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, nie wcześniej jednak 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, należna Towarzystwu w odniesieniu do Ubezpieczonego, którego współmałżonek ma być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu współmałżonka wygasa na zasadach określonych w OWU.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach, określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu, stosowanych odpowiednio do współmałżonka.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

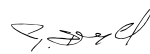
1. Z tytułu zgonu współmałżonka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu małżeństwa;
 - 2) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu;
 - 3) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu lub zajścia zdarzenia.

Postanowienia końcowe

§ 7

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 26 /2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.

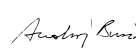
Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr. Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku (GZ ZN 01)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanych 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) wypadek - gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym niezależne od woli Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu i nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności wynikającej z umowy dodatkowej;
 - 2) współmałżonek - osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim;
 - 3) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 4) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
4. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie współmałżonka Ubezpieczonego.
5. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku.
6. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku licząc od dnia jej zawarcia.
7. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
8. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
9. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do współmałżonka danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, nie wcześniej jednak 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, należna Towarzystwu w odniesieniu do Ubezpieczonego, którego współmałżonek ma być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku wygasa na zasadach określonych w OWU dotyczących zgonu Ubezpieczonego.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach, określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w tym w szczególności z tytułu zgonu w następstwie wypadku, stosowanych odpowiednio do współmałżonka.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

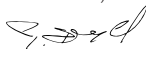
1. Z tytułu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu małżeństwa;
 - 2) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu;
 - 3) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu lub zajścia zdarzenia;
 - 4) opis wypadku.

Postanowienia końcowe

§ 7

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 27/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.

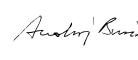
Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Współmałżonka (indeks GZ ZR 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica Ubezpieczonego i Rodzica Współmałżonka (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanych dalej „OWU”), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) rodzic - ojca lub matkę Ubezpieczonego lub współmałżonka;
 - 2) ojciec - ojca naturalnego lub osobę z którą matka Ubezpieczonego lub współmałżonka pozostaje w związku małżeńskim po śmierci ojca naturalnego w dniu zgonu tej osoby;
 - 3) matka - matkę naturalną lub osobę z którą ojciec Ubezpieczonego lub współmałżonka pozostaje w związku małżeńskim po śmierci matki naturalnej w dniu zgonu tej osoby;
 - 4) współmałżonek - osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim;
 - 5) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 6) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie rodzica Ubezpieczonego i rodzica współmałżonka.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie zgonu rodzica Ubezpieczonego i rodzica współmałżonka.
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 w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do rodzica danego Ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, nie wcześniej jednak 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, należna Towarzystwu w odniesieniu do Ubezpieczonego, którego rodzic ma być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU. Postanowienia powyższe stosują się odpowiednio do rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa wobec rodzica współmałżonka.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu rodzica Ubezpieczonego i rodzica współmałżonka wygasa na zasadach określonych w OWU.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach, określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu, stosowanych odpowiednio do rodzica ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. Z tytułu zgonu rodzica Ubezpieczonego i rodzica współmałżonka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu małżeństwa i aktu zgonu, w przypadku zgonu rodzica współmałżonka;
 - 2) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu w przypadku zgonu rodzica Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego;
 - 4) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu lub zajścia zdarzenia.
3. W całym okresie odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego odpowiedzialność ogranicza się do wypłaty czterech świadczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 7

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 28/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.

Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka Ubezpieczonego i Urodzenia się Martwego Dziecka (indeks GZ ZD 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka Ubezpieczonego i Urodzenia się Martwego Dziecka (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (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) dziecko Ubezpieczonego - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego:
 - a) w wieku do 20 lat,
 - b) bez względu na wiek, jeżeli dziecko jest trwale niezdolne do pracy zarobkowej;
 - 2) martwe dziecko - noworodka martwego zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego;
 - 3) urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu - urodzenie się martwego dziecka, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka;
 - 4) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 5) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie dziecka Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są następujące zdarzenia:
 - 1) zgonu dziecka Ubezpieczonego;
 - 2) urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonemu.
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 w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do dziecka danego Ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, nie wcześniej jednak 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, należna Towarzystwu w odniesieniu do Ubezpieczonego, którego dziecko ma być objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w § 2 ust. 3 wygasa na zasadach określonych w OWU.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach, określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu, stosowanych odpowiednio do dziecka Ubezpieczonego.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. Z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w § 2 ust. 3 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu - w przypadku zgonu dziecka;
 - 2) odpis lub poświadczona kopia aktu urodzenia z odpowiednią adnotacją - w przypadku urodzenia się martwego dziecka;
 - 3) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu lub zajścia zdarzenia.

Postanowienia końcowe

§ 7

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 29/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.

Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr. Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu (indeks GZ UD 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej „OWU”), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu - urodzenie się dziecka, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka;
 - 2) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie urodzenia się żywego dziecka Ubezpieczonemu.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku licząc od dnia jej zawarcia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
6. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzenia urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się po 10 miesięcznym okresie karencji od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia. Odpowiedzialność 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.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu wygasa na zasadach określonych w OWU.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 5

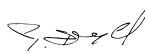
1. Z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należy w szczególności odpis lub poświadczona kopia aktu urodzenia.

Postanowienia końcowe

§ 6

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 30/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.

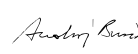
Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr. Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego (indeks GZ OD 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej „OWU”), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) dziecko Ubezpieczonego - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego:
 - a) w wieku do 20 lat,
 - b) bez względu na wiek, jeżeli dziecko jest trwale niezdolne do pracy zarobkowej;
 - 2) osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego - zgon Ubezpieczonego, który nastąpił przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego 65 roku życia oraz dodatkowo:
 - a) przed osiągnięciem przez dziecko 20 roku życia,
 - b) bez względu na wiek dziecka Ubezpieczonego, jeżeli jest ono całkowicie niezdolne do pracy zarobkowej;
 - 3) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 4) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego.
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 w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 3 niniejszych Warunków, z zastrzeżeniem postanowień OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w OWU.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach, określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

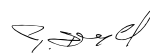
1. Z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci każdemu dziecku Ubezpieczonego świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Prawny opiekun zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) odpis lub poświadczona kopia aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego;
 - 3) dokument potwierdzający przejęcie opieki prawnej nad dzieckiem Ubezpieczonego;
 - 4) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu lub zajścia zdarzenia.

Postanowienia końcowe

§ 7

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 31/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.

Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka po Zgonie Ubezpieczonego (indeks GZ ZU 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka po Zgonie Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (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) dziecko Ubezpieczonego - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zgonu współmałżonka pozostało pod władzą rodzicielską lub opieką współmałżonka:
 - a) w wieku do 18 lat,
 - b) bez względu na wiek jeżeli dziecko jest trwale niezdolne do pracy zarobkowej;
 - 2) współmałżonek - osobę:
 - a) której po śmierci Ubezpieczonego przysługuje władza rodzicielska względem dziecka Ubezpieczonego,
 - b) która została ustanowiona opiekunem dziecka Ubezpieczonego po śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 4) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęty jest zgon Ubezpieczonego.
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 w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 2

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 ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż pierwszego dnia miesiąca po miesiącu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 3 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w OWU.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego, na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu współmałżonka na podstawie umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 6 ust. 1, na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu, stosowanych odpowiednio do osoby współmałżonka.

Umowa ubezpieczenia na życie współmałżonka

§ 6

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zajścia zdarzenia zgonu Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności wynikającym z dodatkowej umowy ubezpieczenia, polega z zastrzeżeniem ust. 2, na objęciu ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa życia współmałżonka.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową życia współmałżonka nastąpi w oparciu o umowę ubezpieczenia zawartą przez Towarzystwo ze współmałżonkiem w trybie i na warunkach wskazanych przez Towarzystwo. Warunkiem zawarcia umowy na życie współmałżonka jest:
 - 1) akceptacja przez Towarzystwo roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) złożenie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka przed upływem 3 miesięcy od dnia zaakceptowania przez Towarzystwo roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
3. Dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia ze współmałżonkiem jest polisa indywidualna wystawiona przez Towarzystwo, w której jako Ubezpieczający wskazany jest współmałżonek.

4. Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa, na podstawie umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka jest wskazany w polisie indywidualnej, o której mowa w ust. 3, okres ten zaczyna się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka i kończy się w dniu:
- 1) upływu trzech lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka;
 - 2) w dniu, w którym każde z dzieci Ubezpieczonego przestało spełniać warunki o których mowa w § 1 ust. 2 pkt. 1 a), z zastrzeżeniem, iż w odniesieniu do dzieci Ubezpieczonego, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt. 1 b), odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w dniu, o którym mowa w pkt. 1);
 - 3) w dniu zgonu współmałżonka.
5. Umowa ubezpieczenia na życie współmałżonka, o której mowa w ust. 2 jest umową bezskładkową, czyli współmałżonek będący Ubezpieczającym (i Ubezpieczonym) jest zwolniony z obowiązku opłacania składek.
6. Sumę ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia na życie współmałżonka stanowi kwota będąca sumą ubezpieczenia, w dacie zgonu Ubezpieczonego.

Ustalanie i wypłata świadczenia z umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka

§ 7

1. W razie zajścia zdarzenia zgonu współmałżonka, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka, o której mowa w § 6 ust. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie wszystkim dzieciom Ubezpieczonego, spełniającym warunki, określone w § 1 ust. 2 pkt 1).

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wynosi łącznie 100% sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 6 ust. 6 i zostanie podzielone w równych częściach pomiędzy wszystkie dzieci Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 8

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 32/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.

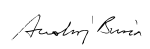
Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (GZ PZ 01)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanych 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 wystąpieniu objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 3 pkt 1)-6) lub przebiegcie 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 1B 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. „niepełne 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 wszczepiania 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.
- ### Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia § 2
1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
 2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
 3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt. 1).
 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 w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

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 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.
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 ust. 3.
3. 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).

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności 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; przy czym za akty terroru uważa się dokonanie lub groźbę 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;
- 5) 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;
- 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).

2. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności w sytuacji gdy Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń wymienionych w § 6 ust. 2, co miało wpływ na rozwój choroby lub na możliwość ustalenia jej zaawansowania.

3. 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.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

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 świadczenie.

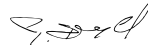
9. Jeżeli powstanie inwalidztwa (objętego odpowiedzialnością na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia inwalidztwa Ubezpieczonego) i zdarzenie ubezpieczeniowe z tytułu którego Ubezpieczony występuje z roszczeniem o wypłatę świadczenia na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia powstały z tej samej przyczyny, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wymienionych wyżej: dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz dodatkowej umowy ubezpieczenia inwalidztwa Ubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty jednej kwoty w wysokości wyższego ze świadczeń przysługującego na podstawie powyższych umów.

Postanowienia końcowe

§ 7

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 33/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.

Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Współmałżonka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (GZ PW 01)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Współmałżonka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (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 u współmałżonka objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 3 pkt 1)-6) lub przebycie przez współmałżonka 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) pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a współmałżonek 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) współmałżonek - osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim;
 - 3) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 4) 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 1B 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 pełną 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 pod pajęczynówkowy 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 prązków 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 wszczepiania sztucznych zastawek serca wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 9) przeszczep współmałżonkowi 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.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie współmałżonka.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt. 1).

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 w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do współmałżonka danego Ubezpieczonego, rozpoczyna się po 6 miesięcznym okresie karencji od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia. Odpowiedzialność zaczyna się jednak nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu w którym została przez Ubezpieczającego zapłacona składka, o której mowa w § 3 niniejszych Warunków, należna Towarzystwu w odniesieniu do Ubezpieczonego, którego współmałżonek ma być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym współmałżonek ukończył 65 rok życia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i przy zachowaniu postanowień OWU.
3. Począwszy od dnia 55 urodzin współmałżonka 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).

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawania współmałżonka 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 współmałżonka 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; przy czym za akty terroru uważa się dokonanie lub groźbę dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu współmałżonka bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu współmałżonka;
 - 5) 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;
 - 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 współmałżonka 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).
2. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności w sytuacji gdy współmałżonek umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń wymienionych w § 6 ust. 2, co miało wpływ na rozwój choroby lub na możliwość ustalenia jej zaawansowania.
3. 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.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego współmałżonek 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 współmałżonka 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. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli współmałżonek 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 świadczenie.

Postanowienia końcowe

§ 7

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 34/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.

Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (GZ PD 01)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanych 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 wystąpieniu u dziecka Ubezpieczonego objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 3, pod warunkiem, że objawy tych chorób pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a dziecko Ubezpieczonego pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby;
 - 2) dziecko Ubezpieczonego - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego w wieku od 1 do 20 lat;
 - 3) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 4) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.
3. W rozumieniu umowy dodatkowej poniższe terminy oznaczają:
 - 1) nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami - 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 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), choroba Hodgkin'a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
 - 2) krańcowa niewydolność nerek - stan przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujący się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10ml/min, oraz wymagający ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerki;
 - 3) zapalenie mózgu - ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej trzy tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego;
 - 4) niewydolność wątroby - krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem. Potwierdzenie rozpoznania jednoznaczna dokumentacją medyczną. Za stan przewlekły uważa się co najmniej 6 miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;

- 5) cukrzyca - cukrzyca nabyta insulino zależna, o etiologii autoimmunologicznej, trwająca co najmniej 3 miesiące;
- 6) dystrofia mięśniowa - dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii). Konieczne jednoznaczne rozpoznanie potwierdzone wyczerpującą dokumentacją medyczną;
- 7) guzy śródczaszkowe - niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych. Wykluczone są torbiele, ziarniniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki, guzy rdzenia;
- 8) śpiączka - stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne, oceną w skali śpiączki Glasgow poniżej 9 punktów, koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respirator), trwający co najmniej 96 godzin, oraz pozostawiający trwałe ubytki neurologiczne; Konieczna dokumentacja medyczna z leczenia szpitalnego zawierająca między innymi ocenę stanu neurologicznego przy wypisie.

Zawarcie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie dziecka Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt. 1).
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 w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 3

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 w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do danego dziecka Ubezpieczonego, rozpoczyna się po 6 miesięcznym okresie karencji od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia. Odpowiedzialność zaczyna się jednak nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu w którym została przez Ubezpieczającego zapłacona składka, o której mowa w § 3 niniejszych Warunków, należna Towarzystwu w odniesieniu do Ubezpieczonego, którego dziecko ma być objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawiania dziecka Ubezpieczonego pod wpływem leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia, a także pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu; przy czym za pozostawianie 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; przy czym za akty terroru uważa się dokonanie lub groźbę 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;
 - 5) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, 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 dziecka 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).
2. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności w sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego wskutek rażącego niedbalstwa nie było poddane zalecanemu przez lekarza leczeniu, co miało wpływ na rozwój choroby lub na możliwość ustalenia jej zaawansowania.

3. Zdarzeń ubezpieczeniowych obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa, w rozumieniu niniejszych Warunków nie stanowią choroby wymienione w § 1 ust. 3, jeżeli ich objawy wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

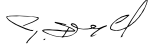
1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego dziecko Ubezpieczonego powinno być poddane opiece lekarskiej.
3. Zgłoszenie roszczenia z tytułu 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 dziecka 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. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony lub dziecko Ubezpieczonego 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 wystąpienia u każdego z dzieci Ubezpieczonego 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 świadczenie.

Postanowienia końcowe

§ 7

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 35/2000 i wchodzi w życie z dniem 20 czerwca 2000 roku.


Warszawa, dnia 13 czerwca 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu (GZ SU 01)

Postanowienia ogólne

§ 1

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 tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej „OWU”), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie 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), 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.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym 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 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 w zakresie podstawowym.
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;
 - 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) kłęski 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 udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 13) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia przed rocznicą polisy.

14) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu nie dopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

Składka

§ 3

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.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

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 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.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 5

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 doznany przez Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy;
 - 3) 10 pełnych dni - jeżeli był spowodowany odbytem 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 Karty Informacyjnej 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.

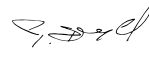
7. Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o roszczeniu. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w powyższym terminie okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

Postanowienia końcowe

§ 6

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 78/2000 z dnia 12 grudnia 2000 r. i wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia.

Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska S.A.



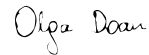
Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr. Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Inwestycyjnym (GZ FI 01)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Inwestycyjnym (zwane dalej „Warunkami“) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanych dalej „OWU“), które przewidują zawarcie umów dodatkowych na podstawie niniejszych Warunków.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) fundusz - wydzieloną część aktywów Towarzystwa;
 - 2) jednostki uczestnictwa - części o jednakowej wartości na które podzielony został fundusz;
 - 3) cena kupna jednostki uczestnictwa - wartość jednostki uczestnictwa według której Towarzystwo przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa;
 - 4) cena sprzedaży jednostki uczestnictwa - wartość jednostki uczestnictwa po której Towarzystwo przelicza jednostki uczestnictwa zaewidencjonowane na rachunkach przy dokonywaniu wykupu (wypłat z funduszu);
 - 5) rachunek A - rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa w funduszu, nabywane na zasadach określonych w niniejszych Warunkach, na rzecz danego Ubezpieczonego, za składki inwestycyjne wpłacane ze środków pochodzących od Ubezpieczającego;
 - 6) rachunek B - rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa w funduszu, nabywane na zasadach określonych w niniejszych Warunkach, na rzecz danego Ubezpieczonego, za składki inwestycyjne wpłacane ze środków pochodzących od Ubezpieczonego;
 - 7) składka inwestycyjna - składka płacona przez Ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, pochodząca ze środków Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego;
 - 8) całkowity wykup ubezpieczenia - wypłata całości środków zgromadzonych w ramach funduszu na rachunkach Ubezpieczonego;
 - 9) częściowy wykup ubezpieczenia - wypłata części środków zgromadzonych w ramach funduszu na rachunkach Ubezpieczonego;
 - 10) umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 11) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest dożycie przez Ubezpieczonego do dnia zajścia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wypłaty kwoty w wysokości wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia.

4. Odpowiedzialnością na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia mogą być objęte jedynie osoby objęte odpowiedzialnością na podstawie umowy ubezpieczenia.
5. Objęcie odpowiedzialnością na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić tylko pod warunkiem wypełnienia i podpisania deklaracji przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
7. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.

Składka

§ 3

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki inwestycyjnej za osoby objęte odpowiedzialnością na podstawie tej umowy równej co najmniej minimalnej składce inwestycyjnej ustalonej przez Towarzystwo przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Składka inwestycyjna płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą dla składki w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka inwestycyjna płacona jest na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo i jest uważana za opłaconą w dniu wpłynięcia na ten rachunek.

Fundusz

§ 4

1. Fundusz tworzony jest ze składek inwestycyjnych wpłacanych przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonych, z zastrzeżeniem postanowień § 6.
2. Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są składki wymienione w ust. 1, z dokładnością do jednej tysięcznej części jednostki.
3. W ramach funduszu Towarzystwo prowadzi dla każdego z Ubezpieczonych:
 - 1) rachunek A - pod warunkiem, że wpłynęła składka inwestycyjna pochodząca ze środków Ubezpieczającego;
 - 2) rachunek B - pod warunkiem, że wpłynęła składka inwestycyjna pochodząca ze środków Ubezpieczonego.

§ 5

1. Wartość aktywów funduszu ustalana jest w wysokości wartości rynkowej wszystkich lokat środków funduszu, według ich stanu w dniu wyceny.
2. Wartość rynkowa lokat środków funduszu ustalana jest, w szczególności, zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości.
3. Wartość aktywów funduszu jest powiększana o:
 - 1) wpłaty składek inwestycyjnych na rzecz Ubezpieczonych;
 - 2) przychody z lokat środków funduszu.

4. Wartość aktywów funduszu jest pomniejszana w szczególności o:
 - 1) kwoty wypłacane w trybie § 9 i § 10 Warunków;
 - 2) koszty prowadzenia funduszu.
5. Wartość jednostki uczestnictwa ustalana jest na podstawie wyceny.
6. Wycena dokonywana jest według zasad ustalonych przez Towarzystwo, nie rzadziej niż raz w tygodniu.
7. Cena kupna jednostki nie może być wyższa od ceny sprzedaży jednostki o więcej niż 5% ceny sprzedaży jednostki.
8. Towarzystwo powiadamia Ubezpieczającego o aktualnej wartości jednostki uczestnictwa, a Ubezpieczonych o aktualnej liczbie zgromadzonych na rachunkach jednostek nie rzadziej niż raz na rok.

§ 6

1. Jednostki uczestnictwa nabywane są na rzecz każdego z Ubezpieczonych za składki inwestycyjne wpłacane przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego. Kwoty składek inwestycyjnych są alokowane zgodnie z dodatkową umową ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający, dokonując wpłaty każdej składki inwestycyjnej, dostarcza Towarzystwu imienną listę Ubezpieczonych ze wskazaniem w szczególności:
 - 1) kwot składek inwestycyjnych wpłacanych przez Ubezpieczającego ze środków pochodzących od Ubezpieczającego (za które będą zakupione jednostki uczestnictwa zaewidencjonowane na rachunku A danego Ubezpieczonego)
 - 2) kwot składek inwestycyjnych wpłacanych przez Ubezpieczającego ze środków pochodzących od Ubezpieczonego (za które będą zakupione jednostki uczestnictwa zaewidencjonowane na rachunku B danego Ubezpieczonego) na rzecz każdego z Ubezpieczonych znajdujących się na liście.
3. Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny kupna jednostki obowiązującej w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę inwestycyjną na właściwy rachunek danego Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem o którym mowa w ust. 2. Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek Ubezpieczonego nie później niż 5 dnia roboczego od dnia, w którym spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) na rachunku Towarzystwa zostały zaksięgowane środki w wysokości zgodnej z postanowieniami dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz dokumentami, o których mowa w ust. 2,
 - 2) Towarzystwo otrzymało od Ubezpieczającego dokumenty określone przez Towarzystwo niezbędne do zaewidencjonowania otrzymanych środków na właściwych rachunkach wszystkich Ubezpieczonych, za których została zapłacona składka inwestycyjna.
4. W przypadku, gdy warunki wymienione w ust. 3 zostały spełnione wcześniej niż na 5 dni przed terminem płatności składki, Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek w dniu, w którym upływa termin płatności składki.

Przystępowanie nowych osób do dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 7

- Osoby przystępujące do dodatkowej umowy ubezpieczenia muszą spełniać następujące warunki:
- 1) złożyć wypełnioną i podpisaną deklarację przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
 - 2) być objęte odpowiedzialnością na podstawie umowy ubezpieczenia.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 8

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się nie wcześniej niż pierwszego dnia następującego po dniu, w którym zaewidencjonowana została na co najmniej jednym z rachunków Ubezpieczonego pierwsza składka inwestycyjna zapłacona na rzecz tego Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych wygasa w dniu:
 - 1) zajścia zdarzenia, z tytułu którego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia, w szczególności z dniem złożenia wniosku o całkowity wykup ubezpieczenia;
 - 2) w którym wartość środków zgromadzonych na rachunkach A i B danego Ubezpieczonego spadnie poniżej wysokości kosztów pobieranych przez Towarzystwo, określonych w aktualnej taryfie kosztów;
 - 3) wygaśnięcia odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia z innego powodu niż ukończenie przez Ubezpieczonego 65 roku życia, o którym mowa w § 9 ust. 2 pkt 5) OWU;
 - 4) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadkach określonych w § 12.
3. W przypadku wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia z powodu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia, odpowiedzialność względem tego Ubezpieczonego z tytułu umowy dodatkowej trwa dalej pod warunkiem, że Ubezpieczony jest zatrudniony u Ubezpieczającego i nie złożył wniosku o całkowity wykup ubezpieczenia.

Wykup ubezpieczenia

§ 9

1. Ubezpieczony może dokonać całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia w czasie trwania umowy wyłącznie na zasadach określonych poniżej.
2. Wniosek o całkowity oraz częściowy wykup ubezpieczenia składany jest na formularzu Towarzystwa przez:
 - 1) Ubezpieczonego po akceptacji Ubezpieczającego - w przypadku wykupu z rachunku A;
 - 2) Ubezpieczonego - w przypadku wykupu z rachunku B.
3. Wniosek o całkowity lub częściowy wykup ubezpieczenia dotyczący jednostek znajdujących się na rachunku A Ubezpieczonego powinien zawierać pisemną akceptację wykupu Ubezpieczającego.
4. Całkowity wykup ubezpieczenia polega na wypłacie wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach Ubezpieczonego, który złożył wniosek o wykup, przy zachowaniu postanowień ust. 2 i ust. 3.
5. Częściowy wykup ubezpieczenia polega na wypłacie wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach Ubezpieczonego, który złożył wniosek o wykup, przy zachowaniu postanowień ust. 2 i ust. 3.
6. Zarówno w przypadku całkowitego jak i częściowego wykupu ubezpieczenia liczba jednostek odpowiadających swojej wartością kwocie dokonywanego wykupu jest odejmowana z rachunku, którego dotyczył wniosek o wykup.
7. Kwotę należną z tytułu całkowitego bądź częściowego wykupu ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia Towarzystwu wniosku o wykup, o którym mowa w ust. 2, w formie jednorazowej wypłaty.

8. Wartość wykupu (całkowitego lub częściowego) ustalana jest według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę kwoty całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia.
9. Kwota wartości całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia jest pomniejszana przed jej wypłaceniem o koszty wykupu określone przez Towarzystwo.
10. Kwota wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia jest przed jej wypłaceniem powiększana o kwoty zapłaconych na rzecz danego Ubezpieczonego składek, za które nie zostały jeszcze zakupione jednostki uczestnictwa.
11. Wysokość kosztów związanych z dokonywaniem wykupu ubezpieczenia, a także zasady ich pobierania, określane są na podstawie obowiązującej taryfy kosztów.
12. Wypłata wartości całkowitego wykupu, na zasadach określonych w ustępach powyższych, może nastąpić wyłącznie w przypadku gdy nie zaszło zdarzenie opisane w § 10, w związku z którym Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty kwoty w wysokości wartości całkowitego wykupu.

§ 10

1. Niezależnie od postanowień § 9 Towarzystwo wypłaca kwotę w wysokości wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia w następujących przypadkach:
 - 1) W przypadku zgonu Ubezpieczonego - Uposażonemu zgodnie z umową ubezpieczenia - na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia;
 - 2) W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to jest objęte odpowiedzialnością Towarzystwa - Ubezpieczonemu - na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa;
 - 3) W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, w przypadkach określonych w § 12 - w terminie 30 dni od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia
2. Wypłata kwoty wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia kończy odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem Ubezpieczonego, którego dotyczył wykup.
3. Wartość wykupu całkowitego ustalana jest, w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt. 1) i pkt. 2) według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu odpowiedzialności zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego, natomiast, w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt. 3) według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku ustania stosunku pracy, jeżeli Ubezpieczony nie uzyska akceptacji Ubezpieczającego dotyczącej całkowitego wykupu ubezpieczenia, o której mowa w § 9 ust. 3 jednostki uczestnictwa znajdujące się na rachunku A danego Ubezpieczonego mogą zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego doręczyć Towarzystwu :
 - 1) powiększać liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach A pozostałych Ubezpieczonych objętych dodatkową umową ubezpieczenia albo;
 - 2) zostać zablokowane na rachunku A do dnia upływu okresu wskazanego przez Ubezpieczającego.
5. Wskazanie sposobu rozporządzenia jednostkami zgromadzonymi na rachunku A, o którym mowa w ust. 4 doręczone Towarzystwu jest wiążące w stosunku do wszystkich osób objętych dodatkową

umową ubezpieczenia.

6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może zablokować środki znajdujące się na rachunkach A Ubezpieczonych do dnia upływu okresu wskazanego przez Ubezpieczającego.
7. O ile strony nie postanowią inaczej:
 - 1) w okresie pierwszych 5 lat licząc od końca roku w którym rozpoczęła się odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wyłącza się możliwość zaciągania przez Ubezpieczonego zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia do tych świadczeń lub do tej części świadczeń, do których Ubezpieczony nabył prawo w związku z wypłacaniem przez Ubezpieczającego składek w wysokości w jakiej składki te zostały uznane za koszt uzyskania przychodu przez Ubezpieczającego;
 - 2) w okresie pierwszych 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego w którym rozpoczęła się odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wyłącza się możliwość dokonania wykupu z rachunku A tego Ubezpieczonego;
 - 3) osobą uprawnioną do wypłaty świadczeń z umowy ubezpieczenia nie może być Ubezpieczający.

Zawieszenie opłacania składek

§ 11

1. Za zgodą Towarzystwa, obowiązek opłacania składek na rzecz danego Ubezpieczonego może zostać zawieszony. Zawieszenie następuje na wniosek złożony przez Ubezpieczonego, doręczony Towarzystwu za pośrednictwem Ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed terminem płatności składki.
2. Obowiązek opłacania składki ulega zawieszeniu na okres wskazany we wniosku, o którym mowa w ust. 1, ale nie dłużej niż na 12 miesięcy.
3. W okresie zawieszenia nie są pobierane koszty prowadzenia rachunków, określone w obowiązującej taryfie kosztów.

Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 12


1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:
 - 1) W przypadku spadku wartości środków wniesionych z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia poniżej kwoty określonej w umowie dodatkowej;
 - 2) W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 13

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 17/2000 i wchodzi w życie z dniem 31 maja 2000 roku.

Warszawa, dnia 31 maja 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Allianz-Rodzina” o indeksie GZ 04, WARIANTY

Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia						
	Wariant						
	I	Ia	II	IIa	III	IV	V
Zgon Ubezpieczonego	100%	100%	250%	250%	100%	100%	100% max 20 000 zł
Zgon Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku	200% ¹⁾	200% ¹⁾	500% ¹⁾	500% ¹⁾	200% ¹⁾	200% ¹⁾	200% ¹⁾
Zgon Ubezpieczonego w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu	200% ¹⁾	200% ¹⁾	500% ¹⁾	500% ¹⁾	200% ¹⁾	200% ¹⁾	200% ¹⁾
Inwalidztwo Ubezpieczonego	100%	100%	100%	100%	100%		
Częściowe Inwalidztwo Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku - Pełna Ochrona	4% za 1%	4% za 1%	4% za 1%	4% za 1%	1% za 1%		
Zgon Współmałżonka Ubezpieczonego	100%	100%	100%	100%		100%	
Zgon Współmałżonka Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku						200% ²⁾	
Zgon Rodzica lub Rodzica Współmałżonka	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł			
Zgon Dziecka i Urodzenie się Martwego Dziecka	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł			
Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł			
Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego	20%	20%	20%	20%			
Zgon Współmałżonka po Zgonie Ubezpieczonego	100%	100%	100%	100%			
Wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	30% max 6 000 zł	30% max 6 000 zł	30% max 6 000 zł	30% max 6 000 zł	30% max 6 000 zł	30% max 6 000 zł	
Wystąpienie u Współmałżonka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania			30% max 6 000 zł	30% max 6 000 zł		30% max 6 000 zł	
Wystąpienie u Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania			300% max 30 000 zł	300% max 30 000 zł		300% max 30 000 zł	
Leczenie Ubezpieczonego w Szpitalu		1% max 100 zł za jeden dzień		1% max 100 zł za jeden dzień			

¹⁾ wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia z zakresu podstawowego.

²⁾ wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia z tytułu zgonu współmałżonka.

Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Allianz-Rodzina” o indeksie GZ 04,

obowiązuje, jeżeli ubezpieczenie nie jest zawarte w WARIANTACH i nie stanowi integralnej części OWU

Zakres ubezpieczenia	Indeks OWU	Wysokość świadczenia
Zakres podstawowy		
Zgon Ubezpieczonego	GZ 04	100% sumy ubezpieczenia
Zakres rozszerzony - umowy dotyczące Ubezpieczonego		
1. Zgon Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku.	GZ NW 02	200% sumy ubezpieczenia ¹⁾
2. Zgon Ubezpieczonego w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu	GZ WZ 02	200% sumy ubezpieczenia ¹⁾
3. Inwalidztwo Ubezpieczonego	GZ IN 02	100% sumy ubezpieczenia
4. Częściowe Inwalidztwo Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku	GZ CI 02	% sumy ubezpieczenia za 1% częściowego inwalidztwa, o ile orzeczony stopień inwalidztwa przekracza 5%
5. Częściowe Inwalidztwo Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku - Pełna Ochrona	GZ CP 02	% sumy ubezpieczenia za 1% częściowego inwalidztwa
6. Wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	GZ PZ 01	do 30% max 6000 złotych ³⁾
7. Leczenie Ubezpieczonego w Szpitalu	GZ SU 01	do 1% max 100 zł za jeden dzień pobytu w szpitalu
Zakres rozszerzony - umowy dotyczące rodziny Ubezpieczonego		
8. Zgon Współmałżonka Ubezpieczonego	GZ ZW 02	do 100% sumy ubezpieczenia
9. Zgon Współmałżonka Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku	GZ ZN 01	do 200% sumy ubezpieczenia ²⁾
10. Zgon Rodzica lub Rodzica Współmałżonka	GZ ZR 02	do 20% sumy ubezpieczenia max 2000 złotych ³⁾
11. Zgon Dziecka i Urodzenie się Martwego Dziecka	GZ ZD 02	do 40% sumy ubezpieczenia max 4000 złotych ³⁾
12. Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu	GZ UD 02	do 20% sumy ubezpieczenia max 2000 złotych ³⁾
13. Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego	GZ OD 02	do 20% sumy ubezpieczenia max 2500 złotych dla każdego dziecka ³⁾
14. Zgon Współmałżonka po Zgonie Ubezpieczonego	GZ ZU 02	100% ⁴⁾
15. Wystąpienie u Współmałżonka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	GZ PW 01	do 30% max 6000 złotych ³⁾
16. Wystąpienie u Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	GZ PD 01	do 100% max 20 000 złotych ³⁾

¹⁾ wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia z zakresu podstawowego.

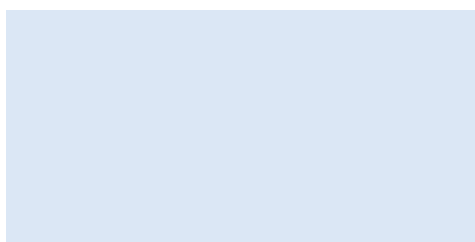
²⁾ wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia z tytułu zgonu współmałżonka.

³⁾ maksymalne kwoty są indeksowane corocznie indeksem ustalonym przez Towarzystwo.

⁴⁾ zgodnie z postanowieniami dodatkowej umowy ubezpieczenia zgonu współmałżonka po zgonie Ubezpieczonego.

Infolinia: 0 801 10 20 30

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



OWU-GM 02