

Ogólne warunki ubezpieczenia

Plan na dziś i jutro

Allianz 

Spis treści

Ogólne warunki ubezpieczenia Plan na dziś i jutro (kod produktu: ULTR)

Część I. Podstawowe informacje o ubezpieczeniu, czyli kto i od jakich zdarzeń losowych może być ubezpieczony	1
§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument?	1
§ 2. Jakie są definicje stosowanych pojęć?	1
§ 3. Jaki jest cel i zakres umowy podstawowej zawartej w ramach Planu na dziś i jutro?	2
§ 4. Jaką kwotę wypłaci Allianz w razie zajścia zdarzenia oraz w jakich wypadkach wypłata może być ograniczona?	2
Część II. Umowa ubezpieczenia – jak ją zawrzeć, przekształcić, rozwiązać lub wznowić	3
§ 5. Jak zawrzeć umowę?	3
§ 6. Ubezpieczony, Ubezpieczeni – ile osób może być objętych ochroną?	3
§ 7. Jakie są warunki rozwiązania umowy?	3
§ 8. Jak i kiedy można wznowić umowę?	4
Część III. Składka ubezpieczeniowa	4
§ 9. Jakie są zasady opłacania składki?	4
§ 10. Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki?	5
§ 11. Jak dochodzi do zamiany umowy w ubezpieczenie bezskładkowe?	5
§ 12. Jakie są warunki czasowego zawieszenia opłacania składek?	5
§ 13. Na czym polega indeksacja składki podstawowej oraz sum ubezpieczenia z umów dodatkowych?	6
Część IV. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe (Fundusze)	6
§ 14. Co należy wiedzieć o funduszach?	6
§ 15. Jak są inwestowane składki podstawowe i składki doraźne?	6
§ 16. Jak zmieniać alokację składki i przenosić środki?	7
Część V. Opłaty	7
§ 17. Jakie opłaty są pobierane w związku z ubezpieczeniem?	7
Część VI. Wykup polisy i częściowy wykup polisy	7
§ 18. Jak i kiedy można dokonać wykupu polisy?	7
§ 19. Jak i kiedy można dokonać częściowego wykupu polisy?	8
§ 20. Jakie dokumenty są potrzebne do wypłaty środków z polisy?	8
Część VII. Postępowanie na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	8
§ 21. Jakie prawa mają Uposażeni i jak ich wyznaczyć?	8
§ 22. Jakie formalności są potrzebne do wypłaty świadczenia?	9
Część VIII. Postanowienia końcowe, w tym zasady dokonywania zmian w umowie oraz zasady komunikacji w trakcie jej trwania	9
§ 23. Jak dokonywać zmian w umowie ubezpieczenia oraz w jaki sposób składać oświadczenia w trakcie jej wykonywania?	9
§ 24. Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?	9
§ 25. Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?	9
§ 26. Co zrobić w przypadku niezadowolenia z zawarcia lub przebiegu umowy?	10
Załącznik nr 1 – Tabela opłat i limitów	11

Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie (kod produktu: TER – terminowe ubezpieczenie na życie, TERMS – bezterminowe ubezpieczenie na życie)

§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument?	13
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?	13
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	13
§ 4. Kiedy jest udzielana ochrona tymczasowa, jaki jest jej zakres i ograniczenia?	13
§ 5. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?	14
§ 6. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	14
§ 7. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	15
§ 8. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?	15
§ 9. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?	15
§ 10. Postanowienia końcowe	15

Warunki umowy dodatkowej – śmierć wskutek wypadku (kod produktu: DNW)

§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument?	16
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?	16
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	16
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?	17
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	17
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	17
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?	17
§ 8. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?	18
§ 9. Postanowienia końcowe	18

Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania (kod produktu: DPZ – wariant standard, DPZR – wariant komfort)

§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument?	19
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?	19
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	19
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?	20
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	20
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	21
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?	21
§ 8. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?	21
§ 9. Postanowienia końcowe	21

Załącznik nr 1 – Katalog poważnych zachorowań – wariant komfort

Załącznik nr 2 – Katalog poważnych zachorowań – wariant standard	26
--	----

Warunki umowy dodatkowej – niezdolność do samodzielnej egzystencji (kod produktu: ADL)

§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument?	27
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?	27
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	27
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?	28
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	28
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	28
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?	29
§ 8. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?	29
§ 9. Postanowienia końcowe	29

Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu wskutek wypadku (kod produktu: PWS)

§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument?	30
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?	30

§ 3.	Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	30
§ 4.	Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?	31
§ 5.	Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	31
§ 6.	Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	31
§ 7.	Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?	32
§ 8.	Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości świadczenia dziennego?	32
§ 9.	Postanowienia końcowe.	32

Warunki umowy dodatkowej – leczenie operacyjne wskutek wypadku (kod produktu: LOP)

§ 1.	Czego dotyczy niniejszy dokument?	33
§ 2.	Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?	33
§ 3.	Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	33
§ 4.	Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?	34
§ 5.	Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	34
§ 6.	Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	34
§ 7.	Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?	35
§ 8.	Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?	35
§ 9.	Postanowienia końcowe	35
Załącznik – Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek wypadku		36

Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie dziecka (kod produktu: TERD)

§ 1.	Czego dotyczy niniejszy dokument?	41
§ 2.	Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?	41
§ 3.	Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej?	41
§ 4.	Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową?	41
§ 5.	Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	41
§ 6.	Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	42
§ 7.	Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?	42
§ 8.	Postanowienia końcowe	42

Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania dziecka (kod produktu: DZD)

§ 1.	Czego dotyczy niniejszy dokument?	43
§ 2.	Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?	43
§ 3.	Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	43
§ 4.	Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?	44
§ 5.	Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	44
§ 6.	Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	45
§ 7.	Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?	45
§ 8.	Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?	45
§ 9.	Postanowienia końcowe.	45
Załącznik – Katalog poważnych zachorowań dzieci		46

Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu dziecka (kod produktu: DPS)

§ 1.	Czego dotyczy niniejszy dokument?	48
§ 2.	Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?	48
§ 3.	Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	48
§ 4.	Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?	49
§ 5.	Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	49
§ 6.	Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	50
§ 7.	Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?	50
§ 8.	Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości świadczenia dziennego?	50
§ 9.	Postanowienia końcowe.	50

Warunki umowy dodatkowej – uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne wskutek wypadku dziecka (kod produktu: DUN)

§ 1.	Czego dotyczy niniejszy dokument?	51
§ 2.	Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?	51
§ 3.	Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	51
§ 4.	Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?	52
§ 5.	Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	52
§ 6.	Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	53
§ 7.	Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?	53
§ 8.	Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?	53
§ 9.	Postanowienia końcowe.	53

Załącznik nr 1 – Tabela powypadkowego uszczerbku na zdrowiu		54
Załącznik nr 2 – Tabela zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w wyniku wypadku.		56

Warunki umowy dodatkowej – Allianz Assistance (kod produktu: ASSR)

§ 1.	Czego dotyczy niniejszy dokument?	57
§ 2.	Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?	57
§ 3.	Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej?	57
§ 4.	Kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	58
§ 5.	Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową?	58
§ 6.	W jaki sposób zgłosić potrzebę skorzystania z pomocy?	58
§ 7.	Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?	59
§ 8.	Postanowienia końcowe.	59
Załącznik – Usługi Assistance		60

Warunki umowy dodatkowej – Allianz Best Doctors (kod produktu: CA – wariant dla Ubezpieczonego, CAD – wariant dla dziecka)

§ 1.	Czego dotyczy niniejszy dokument?	63
§ 2.	Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?	63
§ 3.	Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej?	64
§ 4.	W jakich sytuacjach ochrona z tytułu umowy dodatkowej nie przysługuje?	65
§ 5.	Jaka jest suma ubezpieczenia umowy dodatkowej oraz limity odpowiedzialności Allianz?	66
§ 6.	Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie są kroki z tym związane?	66
§ 7.	Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	67
§ 8.	Kiedy i na jakiej podstawie realizowane są świadczenia?	67
§ 9.	Kiedy i na jakich warunkach Ubezpieczony otrzymuje zwrot poniesionych kosztów?	68
§ 10.	Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?	68
§ 11.	Postanowienia końcowe.	69

Ogólne warunki ubezpieczenia

Plan na dziś i jutro

(kod produktu: ULTR)

Zależy nam na Twojej wygodzie i zadowoleniu z naszego ubezpieczenia dlatego postanowiliśmy ułatwić Ci zrozumienie tekstu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia poprzez wprowadzenie w ramach dodatkowych komentarzy, w których będziemy zwracać się bezpośrednio do Ciebie – czyli Klienta naszej firmy. Pamiętaj, że nasze komentarze nie mają charakteru wiążącego, gdyż nie są one integralną częścią umowy ubezpieczenia. Pełnią one jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i nie zastępują pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

Część I. Podstawowe informacje o ubezpieczeniu, czyli kto i od jakich zdarzeń losowych może być ubezpieczony

Dowiedz się najważniejszych rzeczy o ubezpieczeniu: co jest jego celem, jaką kwotę otrzymasz, w jakich przypadkach oraz kiedy Allianz może ograniczyć wypłatę. Poznaj również definicje stosowanych pojęć.

Czego dotyczy niniejszy dokument?

§ 1.

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (zwane dalej o.w.u.) stosuje się w indywidualnych umowach ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro, zwanych dalej umowami podstawowymi, zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu ryzyk dodatkowych, o ile zawarte zostaną umowy na podstawie poszczególnych warunków ubezpieczenia umów dodatkowych, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

Jakie są definicje stosowanych pojęć?

§ 2.

Terminom używanym zarówno w o.w.u., załącznikach do o.w.u., wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **Akt terroru** – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
- 2) **Allianz** – TU Allianz Życie Polska S.A. – ubezpieczyciel podlegający nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- 3) **Cena jednostki uczestnictwa** – wartość jednostki uczestnictwa, według której Allianz przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa oraz dokonuje ich umorzenia.
- 4) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany na polisie.

- 5) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w aktach przemocy** – skierowanie przez Ubezpieczonego czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie w celu zmuszenia jej do poddania się woli Ubezpieczonego lub do określonego zachowania zgodnego z wolą Ubezpieczonego, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona.
- 6) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach** – udział Ubezpieczonego w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu bądź działalność Ubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni lub innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek.
- 7) **Czynny udział Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego** – udział Ubezpieczonego w ruchach wojsk, walkach zbrojnych (lądowych, morskich lub powietrznych) toczących się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
- 8) **Działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - a) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub
 - b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.
- 9) **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
- 10) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w polisie, w którym Allianz zaczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia.
- 11) **Fundusz (ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy)** – wydzielona rachunkowo część aktywów Allianz, tworzona ze składek podstawowych i doraźnych opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia. Fundusze dzielą się na Fundusze z grupy A, Fundusze z grupy B oraz Portfele Modelowe, zgodnie z zapisami Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro.
- 12) **Jednostki uczestnictwa (jednostki)** – części o równej wartości, na które podzielony jest Fundusz.
- 13) **Lekarz uprawniony** – lekarz wskazany przez Allianz i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej osoby objętej ubezpieczeniem, do weryfikacji stanu zdrowia tej osoby na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz do przeprowadzania badań lekarskich i przygotowywania opinii oraz ekspertyz lekarskich.
- 14) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej; pierwszy miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony, każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony przypadającym w każdym kolejnym miesiącu kalendarzowym, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.
- 15) **Polisa** – dokument wystawiony przez Allianz, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający szczegółowo najistotniejsze warunki, na jakich została ona zawarta.
- 16) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
 - energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
 - energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
 - czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych;
 jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia Ubezpieczonego nie są przyczyną zewnętrzną według o.w.u.
- 17) **Rachunek jednostek** – odpowiednio rachunek podstawowy lub rachunek swobodnego dostępu.

- 18) **Rachunek podstawowy** – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte ze środków pochodzących ze składek podstawowych.
- 19) **Rachunek swobodnego dostępu** – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte ze środków pochodzących ze składek doraźnych.
- 20) **Regulamin** – Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro, wskazujący zasady funkcjonowania Funduszy, stanowiący załącznik do niniejszych o.w.u.
- 21) **Rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej.
- 22) **Rok polisowy** – 12 miesięcy od daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej oraz od każdej rocznicy polisy.
- 23) **Składka** – suma składki podstawowej oraz składki ochronnej (o ile do umowy podstawowej dołączone zostały umowy dodatkowe). Wysokość i termin wymagalności składki zostały określone w polisie lub aneksie do polisy.
- 24) **Składka doraźna** – wpłata dobrowolna z tytułu umowy podstawowej, niezależna od składki podstawowej, uiszczana przez Ubezpieczającego w dowolnym czasie trwania umowy podstawowej po wystawieniu polisy, przeznaczona na nabycie jednostek lokowanych na rachunku swobodnego dostępu.
- 25) **Składka podstawowa** – składka z tytułu umowy podstawowej, przeznaczona na nabycie jednostek lokowanych na rachunku podstawowym.
- 26) **Składka ochronna** – suma składek z tytułu umów dodatkowych dołączonych do umowy podstawowej.
- 27) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie kwota gwarantowana przez Allianz na wypadek śmierci Ubezpieczonego.
- 28) **Tabela opłat i limitów** – tabela stanowiąca integralną część o.w.u., wskazująca wysokości opłat występujących w umowie ubezpieczenia oraz limity poszczególnych wartości określonych w tej tabeli.
- 29) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek.
- 30) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie lub życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia. W ramach umowy ubezpieczenia ochroną może zostać objęty jeden Ubezpieczony albo dwóch Ubezpieczonych.
- 31) **Umowa podstawowa** – umowa zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie o.w.u.
- 32) **Umowa ubezpieczenia (umowa)** – umowa podstawowa wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy podstawowej.
- 33) **Umowy dodatkowe** – umowy uzupełniające umowę podstawową i stanowiące integralną część umowy ubezpieczenia, które powodują rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka dodatkowe w nich wyszczególnione.
- 34) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci.
- 35) **Uposażony Zastępczy** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wszyscy Uposażeni nie żyją albo nie istnieją, zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu lub utracili prawo do świadczenia.
- 36) **Wartość wykupu** – kwota wypłacana przez Allianz w przypadku rezygnacji przez Ubezpieczającego z umowy na zasadach przewidzianych w § 18 i 20.
- 37) **Wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
- jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
 - nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu odpowiedniej umowy dodatkowej świadczonej w odniesieniu do Ubezpieczonego,
 - było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 38) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie decyzji przez Allianz o warunkach, na jakich przyjmie ono odpowiedzialność z tytułu umowy podstawowej lub umów dodatkowych, dokonane na podstawie złożonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z innymi wymaganymi dokumentami oraz na podstawie innych informacji uzyskanych od Ubezpieczonego przed zawarciem umowy podstawowej lub umów dodatkowych.
- 39) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy podstawowej, polegające na śmierci jednego

Ubezpieczonego albo na śmierci ostatniego z dwóch Ubezpieczonych, w trakcie jej trwania.

Jaki jest cel i zakres umowy podstawowej zawartej w ramach Planu na dziś i jutro?
§ 3.

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie jednego lub dwóch Ubezpieczonych, zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2.

2.

Umowa podstawowa może zostać zawarta:

- na rachunek jednego Ubezpieczonego – wówczas zdarzeniem jest śmierć tego Ubezpieczonego, a świadczenie wypłacane jest po jego śmierci; albo
- na rachunek dwóch Ubezpieczonych, pozostających ze sobą w związku małżeńskim lub w związku nieformalnym – wówczas zdarzenie ubezpieczeniowe zachodzi po śmierci obu Ubezpieczonych, a świadczenie wypłacane jest po śmierci ostatniego z dwóch Ubezpieczonych.

3.

Obok zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego albo dwóch Ubezpieczonych celem umowy podstawowej jest długoterminowe gromadzenie i inwestowanie środków finansowych w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe.

4.

Odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy podstawowej polega na wypłacie Uposażonym lub innym osobom uprawnionym, zgodnie z zasadami określonymi w § 21, świadczenia w wysokości określonej w § 4 ust. 1, na wypadek śmierci jednego Ubezpieczonego albo ostatniego z dwóch Ubezpieczonych.

5.

Zakres odpowiedzialności Allianz może zostać rozszerzony o wypłatę świadczeń z tytułu umów dodatkowych wówczas, gdy umowy dodatkowe zostały dołączone do umowy podstawowej, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy. Zakres odpowiedzialności z tytułu każdej z umów dodatkowych jest określony w warunkach ubezpieczenia umów dodatkowych dołączonych do umowy podstawowej. W ramach umów dodatkowych ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęte również dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego/Ubezpieczonych.

Umowa podstawowa daje przede wszystkim możliwość długoterminowego gromadzenia i inwestowania środków finansowych w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe.

Jaką kwotę wypłaci Allianz w razie zajścia zdarzenia oraz w jakich wypadkach wypłata może być ograniczona?
§ 4.

1.

- Z tytułu śmierci jednego Ubezpieczonego lub ostatniego z dwóch Ubezpieczonych w okresie ochrony, Allianz wypłaci świadczenie w wysokości:
 - sumy ubezpieczenia, wynoszącej 100 zł, oraz
 - wartości jednostek uczestnictwa, liczonej jako iloczyn liczby jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu śmierci jednego Ubezpieczonego lub ostatniego z dwóch Ubezpieczonych, oraz ceny jednostki wyznaczonej na zasadach określonych w Regulaminie.

2.

Ograniczenia odpowiedzialności

W przypadku śmierci jednego Ubezpieczonego lub ostatniego z dwóch Ubezpieczonych będącej wynikiem:

- samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy podstawowej,
- czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi,
- czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,

Allianz wypłaci świadczenie równe wartości jednostek uczestnictwa, liczonej jako iloczyn liczby jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu śmierci jednego Ubezpieczonego lub ostatniego

z dwóch Ubezpieczonych, oraz ceny jednostki wyznaczonej na zasadach określonych w Regulaminie.

Część II. Umowa ubezpieczenia – jak ją zawrzeć, przekształcić, rozwiązać lub wznowić

Dowiedz się jak zawrzeć, rozwiązać lub wznowić umowę oraz na jak długo może być zawarta i kogo można na jej podstawie ubezpieczyć.

Jak zawrzeć umowę?
§ 5.

1.

Umowa podstawowa jest zawierana na czas nieokreślony.

Umowę podstawową możesz zawrzeć na czas nieokreślony, gdyż jej celem jest długoterminowe gromadzenie i inwestowanie środków finansowych. Zwróć jednak uwagę, że inwestowanie wiąże się z ryzykiem spadku wartości zgromadzonego kapitału w wyniku zmiany sytuacji na rynkach finansowych.

2.

Umowa podstawowa może być zawarta na rzecz Ubezpiezonego, który w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy ma ukończone 18 lat.

3.

- Umowa podstawowa i umowy dodatkowe są zawierane w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego i Ubezpiezonego albo Ubezpieczonych na formularzu wniosku o zawarcie umowy udostępnionym przez Allianz.
- Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty, Allianz dostarcza Ubezpieczającemu tekst o.w.u. oraz warunki umów dodatkowych wraz z załącznikami.
- Allianz ma prawo odmówić zawarcia umowy podstawowej lub umów dodatkowych.

4.

- Umowę uważa się za zawartą z dniem wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 pkt 2).
- Allianz podejmuje decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o zawarcie umowy.
- Allianz poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę.

5.

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty podanej w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu pierwszej składki.
- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie – ochrona wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

6.

- Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem umowy, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie umowy oraz na podstawie przedstawionych dokumentów Allianz zastrzega sobie prawo do:
 - niezaakceptowania ryzyka ubezpieczeniowego i odmowy zawarcia umowy,
 - zapropozowania Ubezpieczającemu zawarcia umowy na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku.
- Złożenie oferty (kontroferty) przez Allianz na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy następuje poprzez dostarczenie Ubezpieczającemu najpóźniej przy doręczeniu polisy, pisma w którym Allianz zwróci Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu/Ubezpieczonym uwagę na postanowienia umowy odbiegające od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku oraz

wyznaczy Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu/Ubezpieczonym co najmniej 7-dniowy termin do wniesienia pisemnego sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Allianz została przyjęta, a umowa zostaje zawarta zgodnie z warunkami przyjętymi przez Allianz, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.

Allianz może zaproponować zawarcie umowy na warunkach odbiegających od wskazanych przez Ciebie we wniosku. Jeśli nie chcesz zawrzeć umowy na zmienionych warunkach, poinformuj nas o tym pisemnie w terminie wskazanym w otrzymanym piśmie z naszą propozycją.

7.

W przypadku odmowy przez Allianz zawarcia umowy lub wniesienia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6 pkt 2), Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę w terminie 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie lub odpowiednio daty złożenia pisemnego sprzeciwu w Allianz.

8.

Umowa nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została wpłacona po śmierci Ubezpiezonego lub – w razie wnioskowania o zawarcie umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych – po śmierci obu Ubezpieczonych.

9.

Ubezpieczający i Ubezpieczony/Ubezpieczeni mają obowiązek podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które byli zapytywani przez Allianz przed zawarciem umowy. W razie zaakceptowania przez Allianz ryzyka mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uznaje się za nieistotne.

10.

W razie niezastosowania się do obowiązku, o którym mowa w ust. 9, gdy skutkiem zatajonych lub podanych niezgodnie z prawdą okoliczności jest zajście zdarzenia, Allianz będzie wolny od odpowiedzialności z tytułu umowy. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Allianz nie może podnieść zarzutu o podaniu niezgodnie z prawdą lub zatajeniu istotnych okoliczności i uwolnić się od odpowiedzialności z tytułu umowy.

Ubezpieczony, Ubezpieczeni – ile osób może być objętych ochroną?
§ 6.

1.

- Umowa podstawowa zawarta na rachunek jednego Ubezpiezonego może zostać zmieniona w umowę na rachunek dwóch Ubezpieczonych, jeżeli dodatkowa osoba obejmowana ochroną ubezpieczeniową pozostaje z dotychczasowym Ubezpieczonym w związku małżeńskim lub w związku nieformalnym.
- Przekształcenie w umowę na rachunek dwóch Ubezpieczonych następuje poprzez złożenie przez Ubezpieczającego oferty, w trybie przewidzianym dla zawarcia umowy, wskazanym w § 5. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego, dotychczasowego Ubezpiezonego oraz osobę, która ma zostać dodatkowo objęta ochroną ubezpieczeniową, na formularzu udostępnionym przez Allianz.
- Allianz poinformuje o zaakceptowaniu nowego ryzyka ubezpieczeniowego doręczając Ubezpieczającemu aneks do polisy.
- Ochrona ubezpieczeniowa na rachunek dwóch Ubezpieczonych rozpocznie się od daty podanej w aneksie do polisy, pod warunkiem opłacenia pełnej wymaganej składki.

2.

- W trakcie trwania umowy podstawowej zawartej na rachunek dwóch Ubezpieczonych, istnieje możliwość jej przekształcenia w umowę podstawową na rachunek jednego z Ubezpieczonych.
- Rezygnacja z obejmowania ochroną jednego z Ubezpieczonych następuje na wniosek Ubezpieczającego.
- Allianz potwierdzi zmianę doręczając Ubezpieczającemu aneks do polisy.
- Ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpiezonego występującego z umowy podstawowej wygasa z dniem wskazanym w aneksie do polisy.

Jakie są warunki rozwiązania umowy?
§ 7.

1.

- Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy do 30. dnia (włącznie) od daty jej zawarcia. W razie skorzystania z tego prawa Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o:
 - kwoty częściowych wykupów, jeżeli zostały dokonane,
 - koszty ochrony ubezpieczeniowej za każdy dzień, w którym Allianz jej udzielał.

- 2) Jeżeli do umowy podstawowej zostały dołączone umowy dodatkowe, Allianz potrąci również część składki ochronnej za każdy dzień udzielonej przez Allianz ochrony ubezpieczeniowej.
- 3) Za datę odstąpienia od umowy przyjmuje się dzień wypłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Allianz.

2.

- 1) Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie, składając w Allianz odpowiednie oświadczenie. Umowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym złożono oświadczenie o wypowiedzeniu.
- 2) Wypowiedzenie umowy jest równoznaczne z wnioskiem o wykup. Wykup polisy realizowany jest na zasadach określonych w § 18.

Jeśli zmienisz zdanie i poinformujesz nas o chęci rezygnacji z umowy w ciągu 30 dni od dnia wystawienia polisy, zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną jedynie o koszty ochrony za okres, w którym jej udzielaliśmy oraz o wartość częściowych wykupów, jeżeli zostały dokonane.

Jeżeli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie, Twoja rezygnacja powoduje rozwiązanie umowy z dniem, w którym oświadczenie o wypowiedzeniu wpłynęło do Allianz. W tej sytuacji dokonamy wykupu polisy.

3.

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem:

- a) odstąpienia od umowy przez Ubezpieczającego, na zasadach określonych w ust. 1
- b) wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego, na zasadach określonych w ust. 2,
- c) śmierci jedynego Ubezpieczonego albo ostatniego z dwóch Ubezpieczonych,
- d) doręczenia wniosku o wykup polisy do Allianz,
- e) w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 17,
- f) w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 17 oraz na pobranie składki ochronnej, w przypadku wcześniejszego przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.

4.

Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 umowa ulega rozwiązaniu wskutek nieopłacenia składki w terminie 90 dni od daty jej wymagalności, mimo uprzedniego wezwania przez Allianz do zapłaty składki, o ile ubezpieczenie nie przekształci się w ubezpieczenie bezskładkowe lub nie zostanie czasowo zawieszono opłacanie składki. Rozwiązanie umowy następuje z ostatnim dniem wskazanego wyżej 90-dniowego terminu, przy czym ochrona wygasa z ostatnim dniem okresu prolongaty.

Jak i kiedy można wznowić umowę?

§ 8.

1.

Jeżeli w ciągu 2 pierwszych lat umowa uległa rozwiązaniu z powodu zaprzestania opłacania składki, może ona zostać wznowiona, na zasadach określonych w ust. 2, o ile od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki nie minęło więcej niż 6 miesięcy polisowych oraz z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.

Możesz wznowić umowę, jeśli jej rozwiązaniem nastąpiło w ciągu pierwszych 2 lat trwania umowy. Chcąc to zrobić, złóż wniosek w ciągu 6 miesięcy od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki.

2.

Wznowienie może nastąpić na wniosek Ubezpieczającego i Ubezpieczonego/ Ubezpieczonych, jeśli zostały spełnione łącznie poniższe warunki:

- a) nie doszło do wcześniejszego wykupu polisy, na wniosek Ubezpieczającego,
- b) Ubezpieczony/Ubezpieczeni złożyli (li) wskazane przez Allianz oświadczenie i informacje o stanie zdrowia oraz doręczyli (li) na żądanie Allianz wszelką dokumentację (w tym medyczną) niezbędną do oceny ryzyka,
- c) Ubezpieczający opłacił kwotę równą wysokości wszystkich zaległych składek pomniejszoną o część składki ochronnej za okres, w którym ochrona nie była udzielana, oraz opłacił opłatę wznowieniową,
- d) Ubezpieczający zwrócił kwotę otrzymaną z tytułu rozwiązania umowy.

3.

- 1) Rejestracja wznowienia w systemie obsługi polis Allianz następuje w ciągu 5 dni roboczych od podjęcia przez Allianz decyzji o wznowieniu umowy i spełnieniu wymogów wymienionych w ust. 2.

- 2) W wyniku wznowienia przywrócona zostanie wartość rachunku podstawowego oraz wartość rachunku swobodnego dostępu z dnia rozwiązania umowy. Nabywanie jednostek uczestnictwa za ww. kwotę oraz za zaległe składki podstawowe nastąpi na zasadach określonych w Regulaminie.
- 3) Po wznowieniu umowy Allianz naliczy i pobierze opłatę, o których mowa w § 17, należne za miesiące polisowe, w których składka podstawowa nie była wpłacana, z wyłączeniem opłaty za ochronę ubezpieczeniową za okres, w którym Allianz jej nie świadczył.

4.

Ochrona ubezpieczeniowa jest wznowiana z pierwszym dniem najbliższego miesiąca polisowego, przypadającego po wznowieniu umowy.

5.

Allianz może wznowić ochronę ubezpieczeniową bez składania przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego/ Ubezpieczonych pisemnego wniosku w wypadku wypłynięcia wszystkich zaległych składek na konto Allianz w terminie 90 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki. Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej powodujące zachowanie jej ciągłości następuje w dniu wypłynięcia na konto Allianz wszystkich zaległych składek. Składki, które wpłynęły po okresie prolongaty zostaną zaliczone na poczet składek najdawniej wymagalnych.

Wznowienie umowy następuje automatycznie, w przypadku uregulowania wszystkich zaległych składek nie później niż w ciągu 90 dni od daty pierwszej nieopłaconej składki.

Część III. Składka ubezpieczeniowa

Dowiedz się jak opłacać składkę, co się stanie jeśli nie zapłacisz jej w terminie oraz jak dokonać indeksacji składki lub zawiesić jej opłacanie. Poznaj również zasady przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.

Jakie są zasady opłacania składki?

§ 9.

Do Ciebie należy wybór z jaką częstotliwością chcesz opłacać składkę. W ten sposób możesz dostosować płatności do swoich możliwości finansowych.

1.

- 1) Składka opłacana jest regularnie, z góry, z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy. W zależności od wyboru Ubezpieczającego termin wymagalności składki może przypadać co rok, co pół roku, co kwartał lub co miesiąc od dnia rozpoczęcia ochrony.
- 2) Wysokość składki podstawowej jest określona przez Ubezpieczającego przy zawarciu umowy.
- 3) Wysokość składki ochronnej jest ustalana zgodnie z postanowieniami warunków poszczególnych umów dodatkowych.
- 4) Na całkowitą składkę składają się: składka podstawowa oraz składka ochronna. Minimalna wysokość składki podstawowej oraz składki ochronnej została wskazana w Tabeli opłat i limitów.
- 5) Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.
- 6) Ubezpieczający za zgodą i na warunkach zaproponowanych przez Allianz może zmienić częstotliwość opłacania składki w każdą datę jej wymagalności, przy uwzględnieniu obowiązujących składek minimalnych dla wybranej częstotliwości ich opłacania określonych w Tabeli opłat i limitów.
- 7) Począwszy od pierwszej rocznicy polisy, Ubezpieczający ma prawo zmienić za zgodą Allianz wysokość składki podstawowej, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmiana ma obowiązywać. Zaproponowana przez Ubezpieczającego nowa wysokość składki podstawowej nie może być niższa od obowiązującej minimalnej składki podstawowej wskazanej w Tabeli opłat i limitów.

Zapoznaj się z Tabelą opłat i limitów. Znajdziesz ją na końcu dokumentu w załączniku nr 1.

2.

Ubezpieczający, nie wcześniej niż po wystawieniu polisy, może dokonywać wpłat składek doraźnych w dowolnej wysokości.

3.

Data opłacenia składki jest dzień wpływu składki w pełnej wysokości na wskazany przez Allianz rachunek bankowy.

Jeżeli zadeklarowana przez Ciebie częstotliwość opłacania składki przestanie Ci odpowiadać, możesz zgłosić nam chęć jej zmiany w ramach obowiązujących składek minimalnych określonych w załączonej Tabeli opłat i limitów.

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki?

§ 10.

1.

- 1) Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki, przysługuje prawo do 30-dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności (zwanej dalej: „okresem prolongaty”). W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej, która wygasa wraz z upływem okresu prolongaty.
- 2) W okresie prolongaty Allianz poinformuje Ubezpieczającego o niezapłaconiu składki, jednocześnie wzywając go do zapłacenia składki we wskazanym w wezwaniu terminie.

Począwszy od terminu, w którym powinieneś opłacić drugą składkę przysługuje Ci 30-dniowa prolongata terminu płatności składki. Przez cały czas prolongaty ochrona ubezpieczeniowa pozostaje bez zmian. Wygasa dopiero po 30. dniu. W przypadku dalszego nieopłacenia składki umowa zostaje rozwiązana w 90. dniu od terminu wymagalności pierwszej nieopłaconej składki.

2.

- 1) Wraz z upływem okresu prolongaty ochrona ubezpieczeniowa wygasa, chyba że umowa przekształci się w ubezpieczenie bezskładkowe zgodnie z § 11. W okresie do 90 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki, Ubezpieczający ma możliwość wznowienia ochrony przez zapłatę zaległych składek. W tym celu stosuje się odpowiednio postanowienia § 8 ust. 5.
- 2) Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki w terminie 90 dni od daty wymagalności tej składki, pomimo skierowania przez Allianz wezwania do jej zapłaty oraz:
 - a) ochrona nie zostanie wznowiona na zasadach określonych w § 8 ust. 5,
 - b) umowa nie zostanie przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe zgodnie z § 11,
 - c) Ubezpieczający nie dokona czasowego zawieszenia opłacania składek zgodnie z § 12.Allianz uznaje, że umowa została wypowiedziana przez Ubezpieczającego i rozwiązuje się ostatniego dnia wskazanego powyżej 90-dniowego terminu, przy czym ochrona wygasa z ostatnim dniem okresu prolongaty.
- 3) Rozwiązanie umowy zgodnie z powyższymi zapisami będzie traktowane jako złożenie wniosku o wykup. W takiej sytuacji Allianz wypłaci Ubezpieczającemu wartość wykupu, przy czym jednostki uczestnictwa są umarżane na zasadach określonych w Regulaminie.

3.

Allianz nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu wezwań do opłacenia składek za wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 1 pkt 2).

Pamiętaj, że terminowe opłacanie składek gwarantuje ciągłość ochrony. Jeżeli nie opłacisz składki w terminie przypomniemy Ci o tym.

Jak dochodzi do zamiany umowy w ubezpieczenie bezskładkowe?

§ 11.

Przekształcając ubezpieczenie w bezskładkowe nadal korzystasz z pełnej ochrony i zachowujesz prawo do wykupu polisy, częściowego wykupu polisy, zmiany alokacji składki doraźnej i przenoszenia środków. Umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym przestanie wystarczać na pokrycie składek ochronnych oraz pobieranych przez Allianz opłat. Jeśli obawiasz się, że środki na rachunku podstawowym są niewystarczające, abyś mógł utrzymać ochronę w długim okresie czasu, możesz w pierwszej kolejności skorzystać ze środków zgromadzonych na rachunku swobodnego dostępu. Wystarczy, że zgłosisz nam taką chęć.

1.

Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki w terminie wymagalności, a umowa trwa co najmniej dwa lata oraz zostały opłacone pełne dwie roczne składki, ma on prawo w okresie prolongaty składki złożyć Allianz wniosek o zamianę umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.

2.

Począwszy od drugiej rocznicy polisy, pod warunkiem że zostały opłacone pełne dwie roczne składki, jeżeli w okresie prolongaty nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy lub czasowe zawieszenie opłacania składek i w terminie 90 dni od daty wymagalności składki Ubezpieczający jej nie opłaci, pomimo skierowania przez Allianz wezwania do jej zapłaty, umowa przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe z dniem wymagalności pierwszej nieopłaconej składki.

3.

- 1) W ramach ubezpieczenia bezskładkowego:
 - a) Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek,
 - b) Ubezpieczający ma prawo do wpłat składek doraźnych,
 - c) składka ochronna pobierana jest w dacie jej wymagalności ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym poprzez umorzenie jednostek, z zastrzeżeniem pkt 2),
 - d) poziom i zakres ochrony ubezpieczeniowej nie ulega zmianie,
 - e) zachowana zostaje ciągłość w ochronie ubezpieczeniowej,
 - f) Allianz pobiera opłaty określone w § 17,
 - g) Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy, częściowego wykupu polisy, zmiany alokacji składki doraźnej, przenoszenia środków,
 - h) umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym przestała wystarczać na pokrycie składek ochronnych oraz opłat, o których mowa w § 17.
- 2) We wniosku o zamianę umowy w ubezpieczenie bezskładkowe, Ubezpieczający może wskazać aby składka ochronna pobierana była w pierwszej kolejności ze środków zgromadzonych na rachunku swobodnego dostępu, a następnie ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym.

4.

Ubezpieczający ma możliwość przywrócenia poprzednich warunków umowy, tj. obowiązku regularnego opłacania składek, za zgodą Allianz.

Jeżeli Twoje ubezpieczenie przekształci się w bezskładkowe, poinformujemy Cię o tym.

Jakie są warunki czasowego zawieszenia opłacania składek?

§ 12.

1.

Począwszy od drugiej rocznicy polisy, pod warunkiem że zostały opłacone pełne dwie roczne składki, Ubezpieczający ma prawo, za zgodą Allianz, do czasowego zawieszenia opłacania składek.

2.

- 1) W okresie czasowego zawieszenia opłacania składek Ubezpieczający zwolniony jest z obowiązku opłacania składek. Warunki ochrony ubezpieczeniowej nie ulegają zmianie, a Allianz pobiera opłaty, o których mowa w § 17. Składka ochronna pobierana jest w dacie jej wymagalności ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym poprzez umorzenie jednostek.
- 2) We wniosku o czasowe zawieszenie opłacania składek, Ubezpieczający może wskazać aby składka ochronna pobierana była w pierwszej kolejności ze środków zgromadzonych na rachunku swobodnego dostępu, a następnie ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym.

3.

Płatność składek może być zawieszona na okres do 12 miesięcy, wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o czasowe zawieszenie, zgodny z wybraną częstotliwością opłacania składki, jednak nie dłuższy niż okres, za jaki składki ochronne oraz opłaty, o których mowa w § 17, mogą być pokryte ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym.

4.

Jeżeli ze względu na niewystarczającą ilość środków na rachunku podstawowym (lub na obu rachunkach łącznie, w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego dyspozycji, o której mowa w ust. 2 pkt 2) czasowe zawieszenie opłacania składek nie może nastąpić na okres wnioskowany przez Ubezpieczającego, Allianz zawiesi opłacanie składek na możliwie najdłuższy okres, na jaki pozwalają na to środki zgromadzone na rachunku podstawowym (lub na obu rachunkach łącznie, w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego dyspozycji, o której mowa w ust. 2 pkt 2).

5.

W okresie czasowego zawieszenia Ubezpieczający nie może dokonywać zmian w umowie skutkujących zmianą wysokości składki lub częstotliwości jej opłacania.

W razie przejściowych trudności finansowych możesz skorzystać z dogodnego rozwiązania, jakim jest czasowa przerwa w płatności składek, która może trwać do 12 miesięcy. W tym czasie warunki ochrony pozostają bez zmian.

Na czym polega indeksacja składki podstawowej oraz sum ubezpieczenia z umów dodatkowych?

§ 13.

1.

- 1) W rocznicę polisy składka podstawowa oraz sumy ubezpieczenia z umów dodatkowych, których warunki przewidują indeksację, mogą podlegać indeksacji. Indeksacja ma na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia.
- 2) W wyniku indeksacji sum ubezpieczenia z umów dodatkowych, o których mowa w pkt 1), ulega zmianie również składka ochronna opłacana z ich tytułu.

2.

Przed rocznicą polisy Allianz może określić wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość składki podstawowej lub sumy ubezpieczenia i składki ochronnej z tytułu umów dodatkowych, o których mowa w ust. 1.

3.

Jako wskaźnik indeksacji przyjmuje się średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie dwunastu wskaźników inflacji rocznej, publikowanych przez GUS za miesiące od października poprzedniego roku do września danego roku włącznie, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik będzie stosowany do indeksacji z umów, których rocznica polisy przypada w okresie pomiędzy dniem 1 stycznia a 31 grudnia następnego roku.

4.

- 1) Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji.
- 2) Odmowa indeksacji lub decyzja o indeksowaniu wyłącznie składki podstawowej bądź wyłącznie sum ubezpieczenia z umów dodatkowych i w konsekwencji podwyższeniu składki ochronnej z tytułu tych umów, wymaga złożenia oświadczenia. Niewpłynięcie oświadczenia co do propozycji Allianz w terminie 14 dni od otrzymania propozycji indeksacji jest traktowane jako przyjęcie proponowanej przez Allianz indeksacji.

Jeśli nie zgadzasz się na propozycję podniesienia składki podstawowej lub indeksację sum ubezpieczenia z umów dodatkowych powiadom nas o swojej decyzji i złóż stosowne oświadczenie w ciągu 14 dni od otrzymania propozycji.

5.

Allianz nie proponuje Ubezpieczającemu indeksacji w rocznicę polisy przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.

6.

- 1) Odmowa indeksacji przez 3 kolejne rocznice polisy powoduje utratę prawa do otrzymywania propozycji indeksacji w kolejnych latach ubezpieczenia.
- 2) W każdym momencie trwania umowy Ubezpieczający może również:
 - a) złożyć oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji,
 - b) złożyć wniosek o przywrócenie otrzymywania propozycji indeksacji.

Część IV. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe (Fundusze)

Dowiedz się więcej o funduszach oraz zasadach związanych z inwestowaniem składek gromadzonych na rachunku podstawowym i rachunku swobodnego dostępu.

Co należy wiedzieć o funduszach?

§ 14.

Zanim wybierzesz fundusze, w które inwestowane będą Twoje składki podstawowe i dorażne, zapoznaj się z zasadami ich działania, w tym z polityką inwestycyjną i dopasuj ją do swoich planów inwestycyjnych i skłonności do ryzyka inwestycyjnego, gdyż ryzyko to ponosi Ubezpieczający. Szczegółowe informacje znajdziesz w odrębnym dokumencie, jakim jest Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro.

1.

Składki podstawowe i składki dorażne wpłacane przez Ubezpieczającego inwestowane są w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, które tworzone są na zasadach określonych w przepisach prawa, o.w.u. i Regulaminie.

2.

Ubezpieczający ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym.

3.

Każdy Fundusz jest ewidencjonowany w odrębnych jednostkach.

4.

Allianz na podstawie umowy prowadzi rachunki jednostek, na których są ewidencjonowane jednostki poszczególnych Funduszy nabywane za składki podstawowe i dorażne.

5.

Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłacanych składek w jednostki poszczególnych Funduszy ponosi Ubezpieczający.

6.

- 1) Wartość rynkowa lokat związanych z każdym Funduszem jest ustalana w oparciu o zasady określone w przepisach o rachunkowości.
- 2) Wartość aktywów każdego Funduszu oraz ceny jednostek są ustalane według zasad określonych w Regulaminie.

7.

W ramach umowy Allianz może tworzyć, na zasadach określonych w Regulaminie, Portfele Modelowe stanowiące rodzaj ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

Jak są inwestowane składki podstawowe i składki dorażne?

§ 15.

1.

- 1) Składka podstawowa podlega alokacji zgodnie z dyspozycją alokacji składki podstawowej złożoną przez Ubezpieczającego i po przeliczeniu na jednostki ewidencjonowana jest na rachunku podstawowym, nie wcześniej jednak niż w dniu jej wymagalności.
- 2) Allianz przeznacza na nabycie jednostek kwotę składki podstawowej, wpłaconej przez Ubezpieczającego, pomniejszoną o opłatę wstępną określoną w Tabeli opłat i limitów.
- 3) Liczbę jednostek danego Funduszu nabywanych z wpłaconej składki podstawowej ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie jednostek danego Funduszu przez cenę jednostki, w terminach określonych w Regulaminie.

2.

- 1) Składka dorażna podlega alokacji zgodnie z dyspozycją alokacji składki dorażnej złożoną przez Ubezpieczającego i po przeliczeniu na jednostki ewidencjonowana jest na rachunku swobodnego dostępu.

- 2) Allianz przeznacza na nabycie jednostek kwotę składki doraźnej, wpłaconej przez Ubezpieczającego, pomniejszoną o opłatę wstępną określoną w Tabeli opłat i limitów.
- 3) Liczbę jednostek danego Funduszu nabywanych z wpłaconej składki doraźnej ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie jednostek danego Funduszu przez cenę jednostki, w terminach określonych w Regulaminie.

Jak zmieniać alokację składki i przenosić środki?

§ 16.

1.

- 1) Ubezpieczający składa dyspozycję alokacji składki podstawowej oraz doraźnej we wniosku o zawarcie umowy.
- 2) Dyspozycja alokacji składki dla danego rachunku powinna być określona procentowo z dokładnością do 1 i stanowić łącznie 100, z zastrzeżeniem że udział procentowy składki lokowanej w jeden Fundusz nie może być mniejszy niż 10.
- 3) W razie braku wskazania Funduszy, w których ma zostać ulokowana składka podstawowa lub składka doraźna, Allianz lokuje składki w Funduszu z listy Funduszy z grupy A wskazanych w Regulaminie, którego polityka inwestycyjna charakteryzuje się najniższym poziomem ryzyka inwestycyjnego. W przypadku gdy suma procentowych wskazań nie jest równa 100, Allianz lokuje składki w poszczególne Fundusze wskazane przez Ubezpieczającego z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających z tego wskazania.

Zapoznaj się z charakterystyką funduszy, w ramach których możesz inwestować swoje środki. Znajdziesz ją w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro.

2.

- 1) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy może zmienić podział procentowy dotyczący lokowania każdej następnej składki inwestowanej w poszczególne Fundusze (tzw. zmiana alokacji składki), z zastrzeżeniem postanowień ust. 1 pkt 2).
- 2) Zmiana alokacji, o której mowa w pkt 1) obowiązuje od momentu rejestracji przez Allianz odpowiedniego wniosku. Rejestracja następuje w ciągu:
 - a) 5 dni roboczych od daty wpłynięcia odpowiedniego wniosku do Centrali Allianz, jeśli wysłany jest on na adres Centrali Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz,
 - b) 10 dni roboczych od daty złożenia odpowiedniego wniosku w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.

3.

- 1) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy może przenosić środki w ramach danego rachunku między dostępnymi Funduszami (tzw. przeniesienie środków). Przeniesienie środków jest realizowane na podstawie dyspozycji Ubezpieczającego.
- 2) Przeniesienie środków jest realizowane poprzez umorzenie jednostek ze wskazanego Funduszu, a następnie nabycie jednostek wybranych Funduszy, na zasadach określonych w Regulaminie.
- 3) Przeniesienie środków nie zostanie zrealizowane jeżeli złożona dyspozycja została wypełniona błędnie, w sposób uniemożliwiający jej realizację.

Możesz aktywnie zarządzać swoim kapitałem dokonując zmian alokacji składki lub przeniesienia środków między funduszami – bezpłatnie i bez limitów.

Część V. Opłaty

Sprawdź za co i w jaki sposób pobierane są opłaty.

Jakie opłaty są pobierane w związku z ubezpieczeniem?
§ 17.

1.

- W ramach umowy ubezpieczenia Allianz pobiera następujące opłaty:
- 1) **Opłata wstępna** – w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, określona jako procent składki podstawowej oraz składki doraźnej i pobierana od każdej wpłaconej składki podstawowej oraz składki doraźnej przed jej przeliczeniem na jednostki. Opłata wstępna pokrywa koszty Allianz związane z zawarciem umowy oraz alokacją składki na rachunku jednostek.

- 2) **Opłata polisowa** – wartość określona kwotowo, wskazana w Tabeli opłat i limitów, pobierana z rachunku podstawowego pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego z góry, poprzez umorzenie jednostek proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w wartości rachunku podstawowego, według ceny jednostki w dniu pobrania opłaty. Opłata polisowa przeznaczana jest na pokrycie bieżących kosztów Allianz związanych z obsługą umowy oraz na pokrycie składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej Allianz Assistance, w razie jej zawarcia.
- 3) **Opłata za ochronę ubezpieczeniową** – kwota pobierana za czas świadczenia przez Allianz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, wyliczona przy uwzględnieniu poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, której wysokość wskazano w Tabeli opłat i limitów. Opłata za ochronę ubezpieczeniową pobierana jest pierwszym dniem każdego miesiąca polisowego z góry, z rachunku podstawowego, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w wartości rachunku, według cen jednostek w dniu pobrania opłaty. W razie rozwiązania umowy na zasadach przewidzianych w niniejszych o.w.u. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, za okres w którym Allianz jej nie świadczył.
- 4) **Opłata administracyjna** – opłata za administrowanie Portfelem Modelowym lub Funduszem z grupy B – określona jako procent średniego stanu liczby jednostek Funduszu/ Portfela Modelowego na danym rachunku za dany miesiąc polisowy, pobierana w wysokości wskazanej w Regulaminie. Średni stan liczby jednostek Funduszu z grupy B lub Portfela Modelowego na danym rachunku liczony jest jako suma liczby jednostek w każdym dniu miesiąca polisowego, podzielona przez liczbę dni w tym miesiącu.

Opłata administracyjna jest pobierana w pierwszym dniu każdego miesiąca polisowego, z dołu, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek z Funduszu z grupy B / Portfela Modelowego na danym rachunku. Opłata pobierana jest proporcjonalnie z Funduszy z grupy B / Portfeli Modelowych, w których jednostki posiada Ubezpieczający. W razie przeniesienia środków, częściowego wykupu polisy lub rozwiązania umowy, Allianz, odpowiednio przed przeniesieniem środków, częściowym wykupem oraz w razie rozwiązania umowy, pobierze część opłaty administracyjnej za okres od dnia ostatniego pobrania opłaty do dnia rozwiązania umowy lub dnia rejestracji operacji przeniesienia środków albo częściowego wykupu.

- 5) **Opłata za zarządzanie** – opłata za zarządzanie Funduszem z grupy A, ustalana jest procentowo w stosunku do wartości aktywów każdego z Funduszy z grupy A. Opłata za zarządzanie pobierana jest w każdym dniu wyceny poprzez pomniejszenie wartości aktywów każdego z Funduszy z grupy A o kwotę odpowiadającą wysokości tej opłaty. Wysokość tej opłaty została wskazana w Regulaminie.

2.

W związku ze wskazanymi poniżej dyspozycjami realizowanymi w ramach umowy mogą zostać pobrane następujące opłaty:

- a) **Opłata wznowieniowa** – opłata w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, uiszczana przez Ubezpieczającego w razie wznowienia umowy, przeznaczana na koszty Allianz związane z dokonaniem operacji wznowienia umowy.
- b) **Koszt wykupu polisy** – wartość naliczana i pobierana z wartości jednostek umorzonych z tytułu wykupu polisy w poszczególnych latach trwania umowy. Koszt wykupu polisy pokrywa koszty Allianz związane z zawarciem umowy oraz koszty rozwiązania umowy i realizacji wykupu. Koszt wykupu polisy wyrażony jest jako procent składki podstawowej wymaganej w pierwszym roku polisowym, wskazany w Tabeli opłat i limitów.

Zapoznaj się z wysokością pobieranych opłat. Tabelę opłat i limitów znajdziesz na końcu dokumentu w załączniku nr 1.

Część VI. Wykup polisy i częściowy wykup polisy

Dowiedz się w jakich sytuacjach i na jakich zasadach możesz dokonać wypłat z polisy.

Jak i kiedy można dokonać wykupu polisy?
§ 18.

- 1) W czasie trwania umowy Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy, co skutkuje rozwiązaniem umowy.

- 2) Wykup polisy może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na umorzeniu wszystkich jednostek, w terminach określonych w Regulaminie.
- 3) Wartość wykupu polisy odpowiada wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek, pomniejszonej o koszt wykupu.
- 4) Jeżeli do umowy zostały dołączone umowy dodatkowe, wraz z wartością wykupu Allianz dokona zwrotu kwoty stanowiącej równowartość składki ochronnej za każdy dzień niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
- 5) Jeżeli do umowy podstawowej zostały dołączone umowy dodatkowe oraz zaistniały okoliczności, w których Allianz udzielał ochrony ubezpieczeniowej w okresie prolongaty, a składka z tego tytułu nie została opłacona, Allianz z wypłacanej wartości wykupu potrąci kwotę stanowiącą równowartość składki ochronnej należnej za każdy dzień okresu prolongaty.

Dokonanie wykupu polisy jest równoznaczne z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wraz z wszystkimi umowami dodatkowymi.

Jak i kiedy można dokonać częściowego wykupu polisy?
§ 19.

- 1) W czasie trwania umowy Ubezpieczający ma prawo do częściowego wykupu polisy.
- 2) Częściowy wykup polisy może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na umorzeniu z właściwego rachunku odpowiedniej liczby jednostek Funduszy wskazanych przez Ubezpieczającego, w terminach określonych w Regulaminie.
- 3) Ubezpieczający ma prawo dokonać częściowego wykupu polisy:
 - a) z rachunku podstawowego nie wcześniej niż od drugiej rocznicy polisy,
 - b) z rachunku swobodnego dostępu od dnia wystawienia polisy.
- 4) Szacowana kwota częściowego wykupu z rachunku podstawowego (liczona jako iloczyn liczby jednostek zgodnych ze wskazaniem Ubezpieczającego i ceny jednostek z dnia rejestracji operacji częściowego wykupu w systemie obsługi polis Allianz) nie może przekroczyć wartości wykupu.
- 5) Wartość rachunku podstawowego po dokonaniu częściowego wykupu z rachunku podstawowego, szacowana na podstawie cen jednostek z dnia rejestracji operacji częściowego wykupu w systemie obsługi polis Allianz, nie może być niższa niż minimalna wartość rachunku podstawowego określona w Tabeli opłat i limitów.
- 6) Jeżeli we wniosku o częściowy wykup polisy brak wskazania Funduszy, z których mają być wycofane środki, Allianz dokona wycofania proporcjonalnie do wartości środków w poszczególnych Funduszach.
- 7) W sytuacji gdy nie zostanie spełniony warunek określony w pkt 5) powyżej, Allianz zastrzega sobie prawo do wycofania jednostek z Funduszy w maksymalnej możliwej do zrealizowania liczbie.

W razie potrzeby zawsze możesz dokonać częściowego wykupu. Z rachunku swobodnego dostępu jest to możliwe od dnia wystawienia polisy, a z rachunku podstawowego od drugiej rocznicy polisy.

Jakie dokumenty są potrzebne do wypłaty środków z polisy?
§ 20.

- 1) Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Allianz wartości wykupu polisy lub częściowego wykupu polisy są:
 - a) wypełniony wniosek o wykup polisy / częściowy wykup polisy,
 - b) kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.
- 2) Kwota należna z tytułu wykupu polisy lub częściowego wykupu polisy zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty na wskazany przez niego rachunek bankowy lub w inny sposób z nim uzgodniony w terminie 15 dni roboczych od daty wpływu kompletu dokumentów wskazanych w pkt 1) do Allianz.

Część VII. Postępowanie na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego

Sprawdź, co należy zrobić, by wskazane przez Ciebie osoby otrzymały świadczenie.

Jakie prawa mają Uposażeni i jak ich wyznaczyć?
§ 21.

1.
 - 1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego/Uposażonych jako osobę/y uprawnioną/e do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, może też to wskazanie zmienić w każdym czasie trwania umowy.
 - 2) Allianz jest związany dokonaną zmianą, począwszy od dnia wypłynięcia oświadczenia o zmianie Uposażonego do Allianz.
 - 3) Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia na wypadek śmierci są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w dyspozycji Ubezpieczonego.
 - 4) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do świadczenia.
 - 5) W razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych, każdy z Ubezpieczonych ma prawo wskazania Uposażonego/ Uposażonych. Świadczenie z tytułu umowy podstawowej wypłacane jest gdy umrą obaj Ubezpieczeni, Uposażonemu/ Uposażonym Ubezpieczonego, który zmarł ostatni.
 - 6) W razie jednoczesnej śmierci obu Ubezpieczonych, świadczenie wypłacane jest Uposażonym wskazanym przez każdego z tych Ubezpieczonych w częściach równych. Zasadę opisaną w niniejszym punkcie stosuje się odpowiednio do Uposażonych Zastępczych oraz uprawnionych, o których mowa w ust. 2 pkt 4) poniżej.

W każdej chwili możesz wskazać osobę lub osoby uprawnione do otrzymania świadczenia. Będąc jedną z ubezpieczonych osób, możesz wskazać innych Uposażonych niż Twój małżonek lub partner.

2.
 - 1) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia:
 - a) w razie zawarcia umowy na rachunek jednego Ubezpieczonego – z chwilą jego śmierci,
 - b) w razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych – z chwilą śmierci Ubezpieczonego, który zmarł ostatni.
 - 2) W razie śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia lub też utraty przez niego prawa do świadczenia, prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej temu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni wskazani przez Ubezpieczonego (w razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych wskazani przez Ubezpieczonego, który zmarł ostatni), z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań tego Ubezpieczonego.
 - 3) W razie śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia lub też utraty przez nich prawa do świadczenia, prawo do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy wskazani przez Ubezpieczonego (w razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych wskazani przez Ubezpieczonego, który zmarł jako drugi), z zachowaniem zasady określonej w pkt 2).
 - 4) Jeżeli Ubezpieczony (w razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych Ubezpieczony, który zmarł jako drugi) nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci tego Ubezpieczonego brak jego Uposażonych i Uposażonych Zastępczych lub też utracili oni prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny tego Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - a) współmałżonkowi,
 - b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka,
 - c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców i dzieci i współmałżonka,
 - e) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

Zapoznaj się z definicjami Uposażonych oraz Uposażonych Zastępczych. Słownik pojęć znajdziesz w § 2.

Jakie formalności są potrzebne do wypłaty świadczenia? § 22.

1. 1) W razie zajścia zdarzenia Ubezpieczający, Uposażony/Uposażony Zastępczy lub inne osoby uprawnione do otrzymania świadczenia są zobowiązane do powiadomienia Allianz o tym zdarzeniu.
2) Po zawiadomieniu o zajściu zdarzenia Allianz, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w terminie 7 dni, pisemnie lub drogą elektroniczną, potwierdza otrzymanie zawiadomienia wskazując jednocześnie dokumenty potrzebne do rozpatrzenia roszczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3) Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione zobowiązane są wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zgłoszenia roszczenia do Allianz.

2. 1) Allianz wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu.
2) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu.
3) Osoba zgłaszająca roszczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:
a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
c) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.
4) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba występująca z roszczeniem ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.

Allianz wypłaci świadczenie wyznaczonym przez Ciebie osobom w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu.

Część VIII. Postanowienia końcowe, w tym zasady dokonywania zmian w umowie oraz zasady komunikacji w trakcie jej trwania

Sprawdź, jakie są wzajemne obowiązki informacyjne stron umowy oraz jak dokonać zmian w umowie. Dowiedz się czym jest ubezpieczenie na cudzy rachunek oraz gdzie możesz się zwrócić gdybyś był niezadowolony z ubezpieczenia.

Jak dokonywać zmian w umowie ubezpieczenia oraz w jaki sposób składać oświadczenia w trakcie jej wykonywania? § 23.

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, chyba że o.w.u. lub warunki umów dodatkowych

dopuszczają inną formę komunikacji lub strony uzgodnią inaczej. Jeżeli Allianz udostępni możliwość komunikacji drogą telefoniczną lub elektroniczną w innych sprawach niż przewidziane w o.w.u. lub w warunkach umów dodatkowych, zawiadomienia i oświadczenia związane z wykonywaniem umowy, będą mogły być składane również w innej formie.

2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Allianz są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu, a w przypadku Ubezpieczającego i Ubezpieczonego również o każdej zmianie danych osobowych.

Poinformuj nas o zmianie danych osobowych lub adresowych, aby mieć pewność, że zawsze będziemy mogli się z Tobą skontaktować.

Jakie są obowiązki informacyjne Allianz? § 24.

1. Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy, Allianz jest zobowiązany przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

2. Nie rzadziej niż raz w roku Allianz informuje pisemnie Ubezpieczającego o aktualnej wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, w szczególności o wartości środków zgromadzonych na rachunkach jednostek oraz wartości wykupu.

3. Pisemne informacje, o których mowa w ust. 1 i 2, Allianz może przekazać za zgodą Ubezpieczającego za pomocą środków komunikacji elektronicznej, pod warunkiem opatrzenia tych wiadomości bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu.

Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek? § 25.

1. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony to dwie różne osoby, dla skutecznego zawarcia umowy konieczne jest, aby Ubezpieczający poinformował Ubezpieczonego albo Ubezpieczonych o treści zawartej na jego/ich rachunek umowy, a Ubezpieczony/Ubezpieczeni wyraził(i) zgodę na zawarcie takiej umowy i jej warunki.
2) Zmiana umowy na niekorzyść Ubezpieczonego/Ubezpieczonych lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego/Ubezpieczonych.

Zadbaj o to by osoba, na rzecz której zawierasz umowę znała jej szczegóły i wiedziała o wszystkich dokonywanych przez Ciebie zmianach.

2. 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu/Ubezpieczonym informacji, o których mowa w § 24 ust. 1 i 2, niezwłocznie po ich otrzymaniu, w sposób zapewniający ich skuteczne doręczenie. W przypadku informacji, o których mowa w § 24 ust. 1, Ubezpieczający jest zobowiązany do ich przekazania przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy.
2) W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu/Ubezpieczonym informacji, o których mowa w pkt 1), Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego/Ubezpieczonych odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

3. 1) Jeśli Ubezpieczający i Ubezpieczony wskazany w polisie jako pierwszy to dwie różne osoby, w razie śmierci Ubezpieczającego albo utraty przez niego zdolności do czynności prawnych, w miejsce Ubezpieczającego może wstąpić Ubezpieczony wskazany w polisie jako pierwszy, o ile ten Ubezpieczony i Ubezpieczający za życia wyrażą taką wolę.
2) W razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych, jeśli Ubezpieczający i Ubezpieczony wskazany w polisie jako pierwszy to ta sama osoba, w razie śmierci Ubezpieczającego albo utraty przez niego zdolności do czynności prawnych, w miejsce Ubezpieczającego może wstąpić Ubezpieczony wskazany w polisie jako drugi, o ile ten Ubezpieczony i Ubezpieczający za życia wyrażą taką wolę.
3) W razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych, jeśli Ubezpieczający i Ubezpieczeni to trzy różne osoby, w razie śmierci

Ubezpieczającego albo utraty przez niego zdolności do czynności prawnych, w miejsce Ubezpieczającego może wstąpić Ubezpieczony wskazany w polisie jako drugi, o ile ten Ubezpieczony i Ubezpieczający za życia wyrażą taką wolę i jednocześnie woli wstąpienia w miejsce Ubezpieczającego nie wyrazi Ubezpieczony wskazany w polisie jako pierwszy.

Gdy zabraknie Ubezpieczającego jego obowiązki i prawa może przejąć osoba ubezpieczona.

4.

- 1) W razie śmierci Ubezpieczającego, Ubezpieczony zobowiązany jest powiadomić o tym Allianz.
- 2) Wstąpienie Ubezpieczonego w miejsce Ubezpieczającego, zgodnie z zapisami ust. 3, następuje z chwilą śmierci Ubezpieczającego, po okazaniu przez Ubezpieczonego odpisu aktu zgonu.

Co zrobić w przypadku niezadowolenia z zawarcia lub przebiegu umowy?

§ 26.

1.

- 1) Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z tytułu umowy mogą składać w Allianz (w Centrali Allianz, dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz) skargi lub zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy. Jednostką właściwą do rozpatrywania skarg lub zażeń jest Centrala Allianz.
- 2) Skargi lub zażalenia mogą być składane za pośrednictwem poczty, kuriera lub osobiście.
- 3) Niezwłocznie po rozpatrzeniu skargi lub zażenia, nie później niż w terminie 30 dni od daty ich otrzymania, Allianz powiadamia w formie pisemnej lub w inny uzgodniony sposób osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie o sposobie rozpatrzenia skargi lub zażenia.

- 4) Niezależnie od powyższego trybu, skargi lub zażenia mogą być również kierowane do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam udoskonalać nasze usługi. Dlatego jesteśmy otwarci na Twoje sugestie lub pytania. Zapraszamy do kontaktu pod numerem telefonu: 22 567 67 00 lub listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa.

2.

Przy wykonywaniu umowy prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w o.w.u. zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

3.

Powództwo o roszczenia wynikające z umów można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby lub miejsca zamieszkania pozwanego) albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy.

4.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu 24/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.

Witold Jaworski
Prezes Zarządu

Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu

Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu

Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia Plan na dziś i jutro

Tabela opłat i limitów

Tabela opłat

1.	Opłata wstępna od składki podstawowej: <ul style="list-style-type: none"> w 1. roku polisowym od 2. do 5. roku polisowego 	31,5% wysokości składki 8,5% wysokości składki
2.	Opłata wstępna od składki doraźnej	1% wysokości składki
3.	Opłata za ochronę tymczasową (pobierana w ramach składki za dodatkową umowę ubezpieczenia TER lub TERM5)	1% rocznie sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku, jednak nie wyższej niż 50 000 zł
4.	Opłata administracyjna za zarządzanie Portfelem Modelowym lub Funduszem z grupy B (w skali roku)	zgodnie ze wskazaniem w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro
5.	Opłata za zarządzanie Funduszem z grupy A (w skali roku)	zgodnie ze wskazaniem w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro
6.	Opłata polisowa	11 zł miesięcznie
7.	Opłata za ochronę ubezpieczeniową: <ul style="list-style-type: none"> umowa na rachunek jednego Ubezpieczonego umowa na rachunek dwóch Ubezpieczonych 	1 zł miesięcznie 1 zł miesięcznie
8.	Opłata wznowieniowa	40 zł
9.	Koszt wykupu polisy (jako % składki podstawowej pierwszorocznej) <ul style="list-style-type: none"> dla rachunku podstawowego dla rachunku swobodnego dostępu 	1. rok – 20 % 2. rok – 16 % 3. rok – 12 % 4. rok – 7 % 5. rok – 3 % 0%
10.	Częściowy wykup polisy: <ul style="list-style-type: none"> z rachunku podstawowego z rachunku swobodnego dostępu 	bez opłat bez opłat
11.	Przeniesienie środków	bez opłat
12.	Zmiana alokacji	bez opłat

Tabela limitów

1a.	Minimalna wysokość składki podstawowej, w przypadku gdy do umowy podstawowej nie zostały dołączone umowy dodatkowe dla Ubezpieczonego 1 i/lub Ubezpieczonego 2: <ul style="list-style-type: none"> miesięczna kwartalna półroczna roczna 	150 zł 450 zł 900 zł 1800 zł
1b.	Minimalna wysokość składki podstawowej, w przypadku gdy do umowy podstawowej zostały dołączone umowy dodatkowe dla Ubezpieczonego 1 i/lub Ubezpieczonego 2: <ul style="list-style-type: none"> miesięczna kwartalna półroczna roczna 	100 zł 300 zł 600 zł 1200 zł
2.	Minimalna wysokość składki ochronnej (na 1 Ubezpieczonego): <ul style="list-style-type: none"> miesięczna kwartalna półroczna roczna 	50 zł 150 zł 300 zł 600 zł
3.	Minimalna wysokość składki doraźnej	bez ograniczeń
4.	Minimalna wartość rachunku po dokonaniu wykupu częściowego: <ul style="list-style-type: none"> dla rachunku podstawowego dla rachunku swobodnego dostępu 	1000 zł bez ograniczeń
5.	Minimalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej TER/TERM5	5 000 zł
6.	Minimalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej DNW	10 000 zł
7.	Minimalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej DPZ/ DPZR	10 000 zł
8.	Minimalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej ADL	10 000 zł
9.	Minimalne świadczenie dzienne z tytułu umowy dodatkowej PWS Maksymalne świadczenie dzienne z tytułu umowy dodatkowej PWS	100 zł 500 zł
10.	Minimalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej LOP Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej LOP	10 000 zł 50 000 zł
11.	Minimalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej DZD Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej DZD	20 000 zł 100 000 zł

12.	Minimalne świadczenie dzienne z tytułu umowy dodatkowej DPS Maksymalne świadczenie dzienne z tytułu umowy dodatkowej DPS	100 zł 300 zł
13.	Minimalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej DUN Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej DUN	20 000 zł 100 000 zł

Niniejsza Tabela opłat i limitów została przyjęta uchwałą Zarządu nr 25/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.



Witold Jaworski
Prezes Zarządu



Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu



Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie (kod produktu: TER – terminowe ubezpieczenie na życie, TERM5 – bezterminowe ubezpieczenie na życie)

Ubezpieczenie, które stanowi podstawę zabezpieczenia Twoich najbliższych na wypadek, gdyby Ciebie zabrakło.

Czego dotyczy niniejszy dokument?

§ 1.

1.

Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się jako uzupełnienie do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.

Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowego ubezpieczenia na życie.

4.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?

§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

- 1) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
- 2) **Ochrona tymczasowa** – ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Allianz w okresie poprzedzającym wystawienie polisy o ile wraz z umową podstawową zawierana jest umowa dodatkowa ubezpieczenia na życie. Zakres ochrony tymczasowej oraz zasady jej świadczenia określa § 4 oraz dokument potwierdzenia ochrony tymczasowej doręczany Ubezpieczającemu wraz ze złożeniem wniosku o zawarcie umowy dodatkowej.
- 3) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na życie.
- 4) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, którym jest śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?

§ 3.

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.

2.

Umowa dodatkowa może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów różniących się czasem trwania:

- a) terminowym,
- b) bezterminowym.

Umowę dodatkową – ubezpieczenie na życie możesz zawrzeć w jednym z dwóch wariantów: terminowym, na minimum 10 lat lub bezterminowym. W obu przypadkach w razie, gdyby Cię zabrakło, wskazane przez Ciebie osoby otrzymają świadczenie w wysokości ustalonej sumy ubezpieczenia.

3.

Odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy dodatkowej polega na wypłacie Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.

4.

Ograniczenia odpowiedzialności

Allianz nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej w przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:

- a) samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy dodatkowej,
- b) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi,
- c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach.

5.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający i Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy jest udzielana ochrona tymczasowa, jaki jest jej zakres i ograniczenia?

§ 4.

1.

- 1) W razie złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej wraz z wnioskiem o zawarcie umowy podstawowej Allianz udziela Ubezpieczonemu ochrony tymczasowej. W przypadku wnioskowania o zawarcie umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy podstawowej, ochrona tymczasowa nie jest świadczona.
- 2) Ochrona tymczasowa trwa od dnia następnego po dniu otrzymania przez Allianz wniosku do dnia wystawienia polisy.
- 3) Odpowiedzialność Allianz z tytułu ochrony tymczasowej jest ograniczona wyłącznie do wypłaty określonej w dokumencie potwierdzenia ochrony tymczasowej sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, pod warunkiem że śmierć nastąpiła wyłącznie wskutek wypadku, który miał miejsce w czasie trwania ochrony tymczasowej, i nie później niż w ciągu 90 dni od dnia wypadku.
- 4) Ochrona tymczasowa wygasa przed dniem wystawienia polisy w następujących sytuacjach:
 - a) z upływem wskazanego przez Allianz w wezwaniu terminu w przypadku niedostarczenia na żądanie Allianz dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy dodatkowej,
 - b) z dniem otrzymania przez Allianz oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z zawarcia umowy dodatkowej,
 - c) z dniem podjęcia przez Allianz decyzji o odmowie zawarcia umowy,
 - d) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
- 5) W przypadku zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionych w pkt 4) Allianz zwróci Ubezpieczającemu kwotę wpłaconą na poczet pierwszej składki, pomniejszoną o koszty ochrony tymczasowej za okres, w którym Allianz jej udzielał.

2.

Ograniczenia odpowiedzialności dotyczące ochrony tymczasowej

Zakres ochrony tymczasowej określonej w niniejszym paragrafie nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku będącego wynikiem:

- a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia,
- b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
- c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru,
- e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
- f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
- g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z wypadkiem,
- i) zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku,
- j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku,
- k) wszelkich chorób somatycznych Ubezpieczonego, w tym zawału serca, udaru mózgu, napadów epileptycznych, stanów drgawkowych lub zaburzeń świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był wypadek,
- l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
- m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.

Pamiętaj, że w sytuacji, jeżeli złożysz wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy podstawowej, Allianz udzieli Ci ochrony tymczasowej. Będzie ona trwała do dnia wystawienia polisy.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 5.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
- 2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
 - a) złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt),

- c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

3.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest:
 - a) w wariantcie terminowym – na czas określony, nie krótszy niż 10 lat i nie przekraczający dnia, w którym Ubezpieczony ukończy 100 lat;
 - b) w wariantcie bezterminowym – na czas nieokreślony.
- 2) Umowa dodatkowa trwa nie dłużej niż:
 - a) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy podstawowej,
 - b) do dnia śmierci Ubezpieczonego.

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 71 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za tą umowę dodatkową.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Umowę ubezpieczenia na życie możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?

§ 6.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia według tariff obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, zależnych od wieku Ubezpieczonego, wybranego wariantu umowy dodatkowej oraz (w wariantcie terminowym) okresu ubezpieczenia. Składka ochronna może być podwyższona przez Allianz, w stosunku do obowiązujących tariff, w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwagi na następujące czynniki:

- a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
- b) uprawiane przez Ubezpieczonego sport lub hobby,
- c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
- d) tryb życia Ubezpieczonego,
- e) miejsce pobytu Ubezpieczonego.

3.

- 1) W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w wariantcie terminowym, wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej przez cały okres ubezpieczenia jest stała, z zastrzeżeniem ust. 4 oraz postanowień § 9 ust. 2. Kwota składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.
- 2) W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w wariantcie bezterminowym, wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej jest zmienna. Kwota składki ochronnej w poszczególnych pięcioletnich okresach trwania umowy dodatkowej ustalana jest z góry przy zawarciu umowy dodatkowej oraz potwierdzana w polisie lub w aneksie do polisy. Postanowienia ust. 4 oraz § 9 ust. 2 stosuje się odpowiednio.

Zawierając umowę ubezpieczenia na życie w wariantcie terminowym opłacasz składkę ochronną o stałej wysokości. W przypadku umowy bezterminowej wysokość składki jest zmienna w określonych odstępach czasu. Okresy obowiązywania danej wysokości składki są ustalone z góry. W każdym z tych przypadków składka może podlegać indeksacji.

4.

Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia za zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 7.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, wymienione w § 22 ust. 2 pkt 3) o.w.u.

2.

W razie zajścia zdarzenia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, Allianz wypłaci sumę ubezpieczenia Uposażonemu lub Uposażonym z tytułu umowy dodatkowej wskazanym przez Ubezpieczonego. Zasady dotyczące wskazania Uposażonego oraz wypłaty świadczenia określone w o.w.u., mają odpowiednie zastosowanie do umowy dodatkowej, z wyjątkiem zapisów dotyczących umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 8.

W razie rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

- umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
- spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Pamiętaj, nawet jeżeli zaprzestasz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?
§ 9.

1.

- Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem że wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia nie przekroczy 71 lat oraz pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka, a także poddania się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz (z wyłączeniem badań genetycznych).

- Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.

Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postanowienia końcowe
§ 10.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 26/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.

Witold Jaworski
Prezes Zarządu

Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu

Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu

Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej – śmierć wskutek wypadku (kod produktu: DNW)

Ubezpieczenie, które zapewni Twoim najbliższemu dodatkowe wsparcie finansowe, w razie gdyby przyczyną Twojej śmierci był wypadek.

Czego dotyczy niniejszy dokument?

§ 1.

1. Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek wypadku (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.

Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek wypadku.

4.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?

§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

- 1) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek wypadku.
- 3) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, polegające na śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku, która nastąpiła przed upływem 12 miesięcy od daty wypadku.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?

§ 3.

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy dodatkowej polega na wypłacie w razie śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określonej w polisie lub aneksie do polisy, jeżeli spełnione zostaną łącznie następujące warunki:

- a) wypadek, w rezultacie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci i nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
- b) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku nastąpiła przed upływem 12 miesięcy od daty wypadku.

Posiadając umowę dodatkową ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek wypadku, masz pewność, że to Allianz zadba o bezpieczeństwo finansowe Twoich bliskich na wypadek, gdyby Cię nagle zabrakło.

3.

Ograniczenia odpowiedzialności

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:

- a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
- b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierowcą zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
- c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru,
- e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
- f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
- g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z wypadkiem,
- i) zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku,
- j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku,
- k) wszelkich chorób somatycznych Ubezpieczonego, w tym zawału serca, udaru mózgu, napadów epileptycznych, stanów drgawkowych lub zaburzeń świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był wypadek,
- l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
- m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.

4.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania. Jest to umowa pięcioletnia, która może być przedłużana na kolejne okresy.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
- 2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
 - a) złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt),
 - c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

3.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
 - a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 76 lat,
 - b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie,
 - c) do dnia śmierci Ubezpieczonego.
- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
- 3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 71 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za tą umowę dodatkową.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?

§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, według taryf

obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia. Składka ochronna może być podwyższona przez Allianz, w stosunku do obowiązujących taryf, w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwagi na następujące czynniki:

- a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
- b) uprawiany przez Ubezpieczonego sport lub hobby,
- c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
- d) tryb życia Ubezpieczonego,
- e) miejsce pobytu Ubezpieczonego.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję podwyższenia składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużeniu umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.

Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia za zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?

§ 6.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:

- a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
- b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
- c) dokument potwierdzający przyczynę zgonu Ubezpieczonego (np. karta statystyczna zgonu, zaświadczenie lekarskie),
- d) opis okoliczności wypadku,
- e) protokół badania sekcijnego w przypadku jego wykonania,
- f) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
- g) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
- h) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po przyjęciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

W razie zajścia zdarzenia w trakcie trwania ochrony z tytułu umowy dodatkowej, Allianz wypłaci sumę ubezpieczenia Uposażonemu lub Uposażonym wskazanym przez Ubezpieczonego z tytułu umowy dodatkowej. Zasady dotyczące wskazania Uposażonego oraz wypłaty świadczenia określone w o.w.u., z zastrzeżeniem ust. 1 powyżej, mają odpowiednie zastosowanie do umowy dodatkowej, z wyjątkiem zapisów dotyczących umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?

§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznym spełnieniem następującymi warunkami:

- a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,

b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Pamiętaj, nawet jeżeli zaprzestasz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?

§ 8.

1.

- 1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 2) Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem że wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia nie przekroczy 71 lat oraz pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka, a także poddania się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz (z wyłączeniem badań genetycznych).
- 3) Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.

Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postanowienia końcowe

§ 9.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 27/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.

Witold Jaworski
Prezes Zarządu

Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu

Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu

Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania (kod produktu: DPZ – wariant standard, DPZR – wariant komfort)

Umowa, która zapewnia istotną pomoc finansową w razie wystąpienia u Ciebie poważnych chorób lub przeprowadzenia zabiegów operacyjnych z listy 20 (w wariantcie standard) lub 36 (w wariantcie komfort).

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

- 1) **Czynności życia codziennego:**
 - a) poruszanie się w domu – przemieszczanie się z/do łóżka lub z/na krzesło samodzielnie lub z użyciem laski, chodzika,
 - b) kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu przy utrzymaniu zadowalającej higieny osobistej,
 - c) mycie – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem w stopniu umożliwiającym utrzymanie higieny osobistej,
 - d) ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się – bez konieczności pomocy innej osoby,
 - e) jedzenie – wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie),
 - f) korzystanie z toalety – samodzielne przemieszczanie się do toalety i korzystanie z niej przy utrzymaniu higieny osobistej.
- 2) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 3) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Szwajcarii, Watykanu, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych warunków umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
- 4) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

- 5) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, potwierdzone jednoznacznie w dokumentacji lekarskiej, polegające na zdiagnozowaniu u Ubezpieczonego chorób lub przebyciu zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w Katalogu poważnych zachorowań, stanowiącym Załącznik nr 2 (w wariantcie standard) lub Załącznik nr 1 (w wariantcie komfort) do niniejszych warunków umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Umowa dodatkowa może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów różniących się zakresem:

- a) wariant standard, obejmujący choroby i zabiegi operacyjne wymienione w Załączniku nr 2,
- b) wariant komfort, obejmujący choroby i zabiegi operacyjne wymienione w Załączniku nr 1.

Sprawdź w przypadku wystąpienia jakich chorób i przeprowadzenia zabiegów operacyjnych Allianz zapewni Ci wsparcie finansowe. Ich listę znajdziesz w załącznikach 1 i 2 do niniejszych warunków.

3.
 - 1) Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie Ubezpieczonemu sumy ubezpieczenia w razie zajścia zdarzenia, pod warunkiem że Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia.
 - 2) Zdarzeniem objętym odpowiedzialnością Allianz z tytułu umowy dodatkowej nie jest:
 - a) choroba wymieniona w Katalogu poważnych zachorowań (Załącznik nr 1 i Załącznik nr 2), jeżeli została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej lub jeżeli z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej;
 - b) zabieg operacyjny wymieniony w Katalogu poważnych zachorowań (Załącznik nr 1 i Załącznik nr 2), jeżeli choroba będąca bezpośrednią lub pośrednią przyczyną przeprowadzenia zabiegu została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej lub jeżeli z powodu tej choroby rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.
 - 3) Z tytułu umowy dodatkowej Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z powodu tego samego poważnego zachorowania Ubezpieczonego (tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego). Odpowiedzialność Allianz z tytułu kolejnych poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne poważne zachorowania, zgodnie z wiedzą medyczną, nie wynikają bezpośrednio lub pośrednio z poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego, za które wypłacono świadczenie.
 - 4) Skorzystanie z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia, o którym mowa w § 8, nie skutkuje nabyciem uprawnień do większej liczby świadczeń.

4.
Ograniczenia odpowiedzialności

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych

- w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
- b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
 - c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru,
 - e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyciągi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
 - f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - i) zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
 - j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - k) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego,
 - l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.

5.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
- 2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
 - a) złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt),
 - c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

3.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
 - a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 66 lat,
 - b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.
- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy dodatkowej.
- 3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej, kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania. Jest to umowa pięcioletnia, która może być przedłużana na kolejne okresy.

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 65 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty wskazanej w polisie lub aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za tą umowę dodatkową.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?
§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, zależnych od wieku Ubezpieczonego oraz wybranego wariantu umowy dodatkowej. Wysokość składki ochronnej uzależniona jest również od występowania ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 4 ust. 5, § 7 ust. 2 i w § 8 ust. 3. Składka ochronna może być podwyższona przez Allianz, w stosunku do obowiązujących taryf, w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwagi na następujące czynniki:

- a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
- b) uprawiane przez Ubezpieczonego sport lub hobby,
- c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
- d) tryb życia Ubezpieczonego,
- e) miejsce pobytu Ubezpieczonego.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję podwyższenia składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po

otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.

Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? § 6.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:

- dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
- kompletna dokumentacja medyczna związana z diagnostyką i leczeniem poważnego zachorowania, w tym wyniki badań potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Allianz definicją,
- opis okoliczności wypadku, jeżeli poważne zachorowanie było następstwem wypadku,
- notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
- orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
- inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłygnięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

W razie zajścia zdarzenia Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

3.

W razie zgłoszenia roszczenia Allianz zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez lekarza uprawnionego – w zakresie i częstotliwości uzasadnionej 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 Allianz. Wymienione w niniejszym ustępie działania są przeprowadzane na koszt Allianz.

4.

W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? § 7.

1.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

- umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
- spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

2.

Po wznowieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły po raz pierwszy po upływie 90 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej.

Pamiętaj, nawet jeżeli zaprzestasz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia? § 8.

1.

- Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka, a także poddania się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz (z wyłączeniem badań genetycznych).
- Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.

Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia.

4.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postanowienia końcowe § 9.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 28/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.

Witold Jaworski
Prezes Zarządu

Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu

Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu

Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Załącznik nr 1

do warunków umowy dodatkowej

– poważne zachorowania

Katalog poważnych zachorowań – wariant komfort		
UKŁAD KRAŻENIA		
1.	Zawał serca	<p>Występująca po raz pierwszy w życiu Ubezpieczonego martwica mięśnia sercowego spowodowana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez wykrycie wzrostu stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego z dowodami na niedokrwienie mięśnia sercowego, gdy występuje dodatkowo co najmniej jedna z następujących zmian:</p> <p>a) objawy kliniczne niedokrwienia, b) zmiany w EKG wskazujące na nowe niedokrwienie (nowe zmiany odcinka ST-T lub świeży LBBB), c) pojawienie się patologicznego załamka Q w odpowiednich odprowadzeniach EKG, d) nowe zaburzenia ruchomości ściany serca widoczne w badaniach obrazowych.</p> <p>Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem, – zawału w przebiegu choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej przed objęciem ochroną z tytułu umowy dodatkowej – poważne zachorowanie, – przypadków, w których brak wskazania do pilnej hospitalizacji, – kolejnych zawałów.
2.	Zabiegi kardiochirurgiczne w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	<p>Zabiegi kardiochirurgiczne (w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca) polegające na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przepływów omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych.</p> <p>Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.</p> <p>Zakres ochrony obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła naczynia, to jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.
3.	Zabiegi kardiochirurgiczne wymiany zastawki	<p>Operacje kardiochirurgiczne na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegające na wymianie jednej lub więcej zastawek serca.</p> <p>Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.</p> <p>Zakres ochrony obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca u osoby dorosłej, u której wada zastawki została wykryta w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej- poważne zachorowanie.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zabiegów naprawczych zastawek, – zabiegów polegających na wymianie wszczepionej wcześniej zastawki, wymianie zastawki bez otwierania klatki piersiowej (przezskórne wszczepienie zastawki), – zabiegów wykonanych przed upływem 1 roku od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej – poważne zachorowanie.
4.	Operacja aorty	<p>Operacja aorty w odcinku piersiowym lub brzuszny, w celu leczenia tętniaka, zwężenia, rozwarstwienia aorty.</p> <p>Zakres ochrony obejmuje zabiegi operacyjne aorty zmienionej wskutek choroby lub urazu w celu leczenia zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym:</p> <p>a) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu zastąpienia przeszczepem naczyniowym (protezą naczyniową) tętniakowato zmienionej aorty w odcinku piersiowym lub brzuszny do wysokości odejścia tętnic nerkowych, b) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu korekty wrodzonego lub nabytego zwężenia aorty w odcinku piersiowym lub brzuszny do wysokości odejścia tętnic nerkowych, polegającego na chirurgicznym usunięciu tkanek tworzących zwężenie z /bez uzupełnienia łąką z tworzywa sztucznego.</p> <p>Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zabiegów operacyjnych w obrębie odgałęzień aorty, – zabiegów operacyjnych polegających na naprawie naczynia lub wprowadzeniu stentu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.
5.	Przeszczep tętnicy płucnej	<p>Operacja na otwartym sercu, w celu leczenia choroby lub urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej, polegająca na wycięciu części tętnicy i zastąpieniu jej przeszczepem.</p> <p>Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicy płucnej wykonywanych od strony światła naczynia, takich jak angioplastyka, cewnikowanie naczyń, oraz wykorzystujących techniki laserowe.</p>
6.	Kardiomiopatia	<p>Choroba mięśnia sercowego prowadząca do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association).</p> <p>Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę kardiologa.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej.</p>
UKŁAD NERWOWY		
1.	Paraliż	<p>Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), powstała w przebiegu choroby lub wypadku.</p> <p>Zakres ochrony obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0-1 w skali Lovetta, stwierdzone na podstawie badania lekarza specjalisty neurologa po upływie co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia porażenia lub ocenione przez lekarza uprawnionego Allianz.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje niedowładów kończyn określonych jako stopień 2, 3 lub 4 w skali Lovetta.</p>
2.	Udar mózgu	<p>Nagle uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia – wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym.</p> <p>Zakres ochrony obejmuje również krwotok podjączynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym.</p> <p>Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR).</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – napadu przejęściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego, – udaru niepozostawiającego trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego, – uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.

3.	Stwardnienie rozsiane	Przewlekła nieuleczalna choroba centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym, w przebiegu której dochodzi do powstania rozszianych ognisk demielinizacji w mózgu, rdzeniu kręgowym, przebiegająca z okresami zaostrzeń i poprawy lub postępująco, skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym, której pierwszy rzut (epizod typowy dla „ostrej zmiany demielinizacyjnej” ośrodkowego układu nerwowego) miał miejsce w okresie ochrony z tytułu umowy dodatkowej – poważne zachorowanie. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie spełniających aktualne kryteria rozpoznania danych klinicznych i wyników badań dodatkowych, opartych na badaniu metodą rezonansu magnetycznego (NMR) oraz badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego lub potencjałów wywołanych.
4.	Choroba Parkinsona	Samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej, drżenia spoczynkowego, niestabilności postawy, skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej 4 z 6 czynności życia codziennego zdefiniowanych w §2 pkt 1) niniejszych warunków. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).
5.	Postępujące porażenie nadjądrowe	Choroba charakteryzująca się postępującym zanikiem, glejozą (przerostem, rozrostem tkanki glejowej) i zwyrodnieniem komórek mózgowia, objawiająca się klinicznie: sztywnością mięśniową, spowolnieniem ruchowym, zaburzeniami ruchomości gałek ocznych, zespołem psychoorganicznym o charakterze demencji, ze spowolnieniem intelektualnym, zaburzeniami płynności mowy, trudnościami z wykonaniem złożonych czynności i skutkująca niemożnością wykonania co najmniej 4 z 6 czynności życia codziennego wymienionych w §2 pkt 1) niniejszych warunków. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa.
6.	Choroba Creutzfelda-Jakoba	Choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym i niemożnością wykonania co najmniej 4 z 6 czynności życia codziennego wymienionych w §2 pkt 1) niniejszych warunków. Rozpoznanie pełnoobjawowej choroby przy jednoczesnej niepełnosprawności w czynnościach życia codziennego powinny być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa.
7.	Choroba Alzheimera	Przewlekła i postępująca, degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, w przebiegu której dochodzi do wystąpienia nieodwracalnych zaburzeń pamięci, funkcji poznawczych, osobowości i zachowania, oraz zmiany nastroju, a w efekcie do niezdolności do samodzielnego funkcjonowania. Rozpoznanie choroby i niezdolność do samodzielnego funkcjonowania powinny być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa lub psychiatrę. Zakres ochrony nie obejmuje innych postaci demencji, oraz demencji wtórnej od nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.
8.	Zapalenie mózgu	Ostra choroba zapalna mózgu, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.
9.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych i prowadząca do wystąpienia trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być postawione w oparciu o wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wskazujący na bakteryjny charakter zapalenia opon i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
10.	Łagodny guz mózgu	Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie tkanki mózgu lub opon (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez trepanację czaszki, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – guzów przysadki, – torbieli, – zmian naczyniowych, – krwiałków, – ziarniniaków, – ropni, – guzów rdzenia, – napadów padaczkowych bez trwałego ubytku neurologicznego.
11.	Łagodny guz rdzenia	Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez laminectomię z dostępu przedniego lub podpotylicznego, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Zakres ochrony obejmuje łagodne guzy śródrdzeniowe i wewnątrzoponowe. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – torbieli, – ziarniniaków, – ropni, – krwiałków, – malformacji naczyniowych, – guzów zewnątrzoponowych, – guzów zlokalizowanych w obrębie kręgow, – wypadnięcia krążka międzykręgowego, – zmian zwyrodnieniowych, – gruźlicy – urazów kręgosłupa.
12.	Choroba neuronu ruchowego	Wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, których wspólną cechą są objawy uszkodzenia neuronów ruchowych: a) stwardnienia zanikowego bocznego (SLA), b) postępującego zaniku mięśni (PMA), c) pierwotnego stwardnienia bocznego (PLS), d) postępującego porażenia opuszkowego (PBP) skutkujące niemożnością wykonywania co najmniej 4 z 6 czynności życia codziennego zdefiniowanych w §2 pkt 1) niniejszych warunków. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. Zakres ochrony nie obejmuje pozostałych chorób z grupy schorzeń neuronu ruchowego, nie wymienionych w niniejszej definicji.

INNE URAZOWE/CHOROBOWE		
1.	Zakażenie wirusem HIV	Zakażenie, które wystąpiło u osoby niechorującej na hemofilię, które zostało spowodowane przetoczeniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Warunkiem uznania roszczenia jest przeprowadzenie transfuzji, w wyniku której doszło do zakażenia, w okresie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Allianz z tytułu umowy dodatkowej- poważne zachorowanie i nastąpienie serokonwersji w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia. Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje zakażenia wirusem HIV, które nastąpiło w wyniku transfuzji krwi przeprowadzonej w przebiegu leczenia każdego innego poważnego zachorowania z niniejszego katalogu, które zostało uznane przez Allianz.
2.	Oparzenia skóry	Głębokie oparzenia skóry wymagające leczenia w warunkach hospitalizacji. Zakres ochrony obejmuje: a) oparzenia ponad 50% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, b) oparzenia ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. Rozległość oparzeń oceniana jest na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (reguła dziewiątek lub tablica Lunda i Browdera). Jako datę zdarzenia przyjmuje się datę wypadku prowadzącego do oparzeń spełniających powyższe kryteria. Zakres ochrony nie obejmuje oparzeń słonecznych.
3.	Całkowita utrata wzroku	Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub urazu. O utrwalonym charakterze utraty wzroku orzeka lekarz specjalista okulista po upływie co najmniej 6 miesięcy od jego wystąpienia.
4.	Całkowita utrata słuchu	Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia utrata słuchu w obu uszach wskutek choroby lub urazu, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.
5.	Całkowita utrata mowy	Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, niemożliwa do skorygowania, również częściowo, przez zastosowanie jakichkolwiek procedur terapeutycznych, powstała wskutek choroby lub urazu, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Zakres ochrony obejmuje utratę zdolności mowy wskutek resekcji narządu mowy, przewlekłej choroby krtni, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi.
CHOROBY NARZĄDOWE, NOWOTWORY		
1.	Anemia aplastyczna wymagająca leczenia	Choroba spowodowana niewydolnością szpiku kostnego, której rezultatem jest pancytopenia, czyli wystąpienie łącznie: anemii, neutropenii i trombocytopenii (obniżenia ilości wszystkich linii komórek krwi – erytrocytów, leukocytów i trombocytów). Wymagane jest potwierdzenie pancytopenii w badaniach laboratoryjnych, przedstawienie wyniku trepanobiopsji wykazującego aplazję szpiku oraz przeprowadzenie leczenia w ośrodku specjalistycznym jedną z następujących metod: a) regularne transfuzje krwi i/lub preparatów krwiopochodnych, b) przeszczep szpiku kostnego, c) leczenie immunosupresyjne, d) leczenie stymulujące odnowę szpiku kostnego. Zakres ochrony nie obejmuje: ustępującej bez leczenia anemii aplastycznej, anemii związanej z ciążą, anemii polekowej, odwracalnej aplazji szpiku, przejściowej niewydolności szpiku, aplazji szpiku wskutek zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.
2.	Nowotwór	Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej- poważne zachorowanie. Zakres ochrony nie obejmuje: – zespołów mielodysplastycznych, – nowotworów mieloproliferacyjnych z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej, – przewlekłej białaczki limfatycznej w stopniu A (wg klasyfikacji Bineta), – choroby Hodgkina w pierwszym stopniu zaawansowania klinicznego (pierwszym stadium), – chłoniaków w pierwszym stadium, – nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych, zmian przednowotworowych, – nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis), – dysplazji dużego stopnia, – śród nabłonkowej neoplazji szyjkowej (CIN 1,2, 3), – guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości, – brodawkowego mikro-raka tarczycy, – raka pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowy) i T1 – wg klasyfikacji TNM, – raka gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6), – nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM, – nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
3.	Niewydolność nerek	Przewlekła niewydolność nerek spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i skutkująca mocznicą, wymagająca: – regularnych dializ przez okres co najmniej 3 miesięcy lub – przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa; kwalifikacja do przeszczepu powinna być dokonana przez lekarza specjalistę w Ośrodku Kwalifikacyjnym.
4.	Przeszczep	Dokonanie lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego do przeszczepu jako biocy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby (również jej części), trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego (przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi). Dokonanie przeszczepu lub zarejestrowanie na Krajowej Liście Oczekujących prowadzonej przez Centrum Organizacyjno-Koordinacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. Zakres ochrony nie obejmuje: – nieodwracalnej schyłkowej niewydolności przeszczepianego narządu, do której doszło przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej – poważne zachorowanie, – przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
5.	Schyłkowa niewydolność wątroby	Występowanie klinicznych objawów przewlekłej niewydolności międźszu wątroby spowodowanej marskością, będące wyrazem ciężkich zaburzeń czynności wątroby i jej niezdolności do spełniania prawidłowych funkcji metabolicznych oraz syntezy białek. Objawy, których łączne występowanie jest konieczne do uznania roszczenia: a) utrwala żółtaczka, b) wodobrzusze, c) encefalopatia wątrobowa. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu lub zatrucia lekami, środkami chemicznymi.

6.	Ostra niewydolność wątroby	Występowanie klinicznych objawów ostrej niewydolności miększu wątroby, będące wyrazem gwałtownego pogorszenia jej funkcji, prowadzące do encefalopatii i zaburzeń krzepnięcia bez istniejącej wcześniej choroby wątroby. Objawy, których łączne i jednocześnie występowanie jest konieczne do uznania roszczenia: a) brak stwierdzenia wcześniej choroby wątroby, b) niewydolność wątroby trwająca nie dłużej niż 6 miesięcy od początku objawów choroby, c) encefalopatia wątrobowa ujawniona w okresie krótszym niż 26 tygodni od początku objawów choroby, d) zaburzenia w układzie krzepnięcia krwi, przy wskaźniku INR \geq 1,5. Zakres ochrony obejmuje uszkodzenie wątroby wirusowe, toksyczne, autoimmunologiczne, niedokrwienne, pozakrzepowe. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.
7.	Śpiączka	Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe, doprowadzający do trwałego ubytku neurologicznego; oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego zawierającej ocenę stanu neurologicznego przy wypisie. Zakres ochrony nie obejmuje: – śpiączki powstałej bezpośrednio lub pośrednio wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, środków chemicznych, – stanu śpiączki wywołanego lub przedłużanego sztucznie w celach terapeutycznych.
8.	Cukrzyca typu I insulinozależna o ciężkim przebiegu	Choroba autoimmunologiczna o ciężkim przebiegu, w której dochodzi do bezwzględnej niedoboru insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta wysp Langerhansa trzustki, z obecnością markerów procesu autoimmunologicznego, takich jak – przeciwciała przeciw wyspowe, przeciwinulinowe lub przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD), doprowadzająca do poważnych zaburzeń metabolicznych w postaci kwasicy ketonowej i/lub śpiączki ketonowej w okresie późniejszym niż przy pierwszej manifestacji klinicznej. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Z zakresu ochrony wyłączona jest kwasica ketonowa lub śpiączka ketonowa jako pierwszy objaw choroby u osoby bez ustalonego rozpoznania cukrzycy.
9.	Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu	Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) powstały wskutek zakażenia wywołanego obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi krążącej, objawiający się niewydolnością lub głęboką dysfunkcją narządów. Zakresem ochrony objęta jest wyłącznie posocznica o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrej zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagająca leczenia na OIOM. Zakres ochrony obejmuje posocznicę wskutek urazu lub powikłanego zabiegu operacyjnego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
10.	Tężec o ciężkim przebiegu	Ostra choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej.
UKŁAD ODDECHOWY		
1.	Zatorowość płucna	Nagle zatkanie światła pnia tętnicy płucnej lub jej odgałęzień w wyniku przemieszczenia materiału zatorowego z żył obwodowych lub jam prawego serca, skutkujące przerwaniem napływu krwi do miększu płuca, wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania scyntygrafii perfuzyjnej płuc lub spiralną tomografią komputerową klatki piersiowej, lub łącznie: badaniami diagnostycznymi, (ECHO serca, EKG), laboratoryjnymi (gazometria) i typowym zespołem objawów klinicznych potwierdzonych przez lekarza prowadzącego i jednoznacznie opisanych w dokumentacji medycznej leczenia w OIOM.
2.	Przewlekła niewydolność oddechowa	Potwierdzona przez lekarza specjalistę pulmonologa przewlekła choroba płuc skutkująca znacznym obniżeniem wydolności oddechowej. Wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków: a) konieczność przewlekłej tlenoterapii, tj. >15 h/dobę przez minimum 6 miesięcy, b) objawy kliniczne i wyniki badań wskazujące na niewydolność oddechową. Zakres ochrony obejmuje przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, pozapalne zwłóknienie i marskość płuc, pylicę płuc, samoistne włóknienie płuc. Zakres ochrony nie obejmuje: – astmy, – mukowiscydozy, – przewlekłej niewydolności serca, – przewlekłej zatorowości płucnej, – wad serca i dużych naczyń, – chorób układu nerwowego, – nowotworów, – zmian anatomicznych i pourazowych, – zespołu ostrej niewydolności oddechowej z każdej przyczyny.
3.	Pierwotne nadciśnienie płucne	Choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wykrzepiania krwi, objawiająca się klinicznie niewydolnością serca i skutkująca trwałą utratą zdolności do wysiłku co najmniej III stopnia wg WHO. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę kardiologa. Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego od jakiegokolwiek innej przyczyny.

Załącznik nr 2 do warunków umowy dodatkowej – poważne zachorowania

Katalog poważnych zachorowań – wariant standard (definicje zgodnie z Załącznikiem nr 1)	
1.	Zawał serca
2.	Zabiegi kardiochirurgiczne w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca
3.	Zabiegi kardiochirurgiczne wymiany zastawki
4.	Operacja aorty
5.	Udar mózgu
6.	Stwardnienie rozsiane
7.	Choroba Parkinsona
8.	Choroba Creutzfelda-Jakoba
9.	Łagodny guz mózgu
10.	Zakażenie wirusem HIV
11.	Oparzenia skóry
12.	Całkowita utrata wzroku
13.	Całkowita utrata słuchu
14.	Całkowita utrata mowy
15.	Anemia aplastyczna wymagająca leczenia
16.	Nowotwór
17.	Niewydolność nerek
18.	Przeszczep
19.	Schyłkowa niewydolność wątroby
20.	Śpiączka

Warunki umowy dodatkowej – niezdolność do samodzielnej egzystencji (kod produktu: ADL)

Umowa, która zapewnia wypłatę pieniędzy, jeśli w wyniku wypadku lub choroby utracisz zdolność do samodzielnego funkcjonowania.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek niezdolności do samodzielnej egzystencji (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek niezdolności do samodzielnej egzystencji.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

- 1) **Badanie lekarskie** – osobiste badanie (podmiotowe i przedmiotowe) przeprowadzane przez lekarza orzecznika lub lekarza uprawnionego.
- 2) **Czynności życia codziennego:**
 - a) poruszanie się w domu – przemieszczanie się z/do łóżka lub z/na krzesło samodzielnie lub z użyciem laski, chodzika,
 - b) kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu przy utrzymaniu zadowalającej higieny osobistej,
 - c) mycie – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem w stopniu umożliwiającym utrzymanie higieny osobistej,
 - d) ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się – bez konieczności pomocy innej osoby,
 - e) jedzenie – wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie),
 - f) korzystanie z toalety – samodzielne przemieszczanie się do/z toalety i korzystanie z niej przy utrzymaniu higieny osobistej.
- 3) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu czynności życia codziennego, potwierdzona orzeczeniem lekarza uprawnionego.
- 4) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 5) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek niezdolności do samodzielnej egzystencji.
- 6) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie choroby lub obrażeń ciała doznanych w wyniku wypadku, pod warunkiem iż:
 - a) wypadek miał miejsce w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej;

- b) choroba będąca bezpośrednią lub pośrednią przyczyną niezdolności do samodzielnej egzystencji została po raz pierwszy zdiagnozowana po rozpoczęciu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej i jednocześnie z powodu tej choroby nie rozpoczęto postępowania diagnostyczno-leczniczego przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie Ubezpieczonemu sumy ubezpieczenia, na warunkach niżej określonych, w razie zajścia zdarzenia.

Jeśli w wyniku wypadku lub choroby utracisz możliwość samodzielnej egzystencji, otrzymasz od Allianz świadczenie finansowe, które pomoże Ci w finansowaniu stałej opieki.

3.
Allianz ponosi odpowiedzialność za wystąpienie niezdolności do samodzielnej egzystencji, będącej następstwem wypadku, jeżeli podjęcie leczenia nastąpi nie później niż przed upływem 180. dnia od zajścia wypadku.

4.
Ograniczenia odpowiedzialności

- 1) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
 - a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
 - c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru,
 - e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyciągi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
 - f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,

z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,

- h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - i) zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
 - j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - k) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego,
 - l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.
- 2) Allianz nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego wystąpi po upływie 12 miesięcy od:
- a) wystąpienia wypadku, w przypadku niezdolności do samodzielnej egzystencji będącej następstwem wypadku;
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku niezdolności do samodzielnej egzystencji będącej następstwem choroby.

5.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
- 2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
 - a) złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt),
 - c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania. Jest to umowa pięcioletnia, która może być przedłużana na kolejne okresy.

3.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
 - a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat,
 - b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie,
 - c) do dnia uznania przez Allianz roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
- 3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia.

Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 55 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za tą umowę dodatkową.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), z zastrzeżeniem, że w przypadku:

- 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie – ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty,
- 2) uznania roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej – ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?

§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia. Składka ochronna może być podwyższona przez Allianz, w stosunku do obowiązujących taryf, w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwagi na następujące czynniki:

- a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
- b) uprawiane przez Ubezpieczonego sport lub hobby,
- c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
- d) tryb życia Ubezpieczonego,
- e) miejsce pobytu Ubezpieczonego.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję podwyższenia składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużeniu umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.

Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?

§ 6.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:

- a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
- b) kompletna dokumentacja medyczna związana z diagnostyką i leczeniem schorzenia będącego przyczyną niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- c) orzeczenia ZUS/KRUS o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie, o ile takie orzeczenie było wydane,
- d) opis okoliczności wypadku, jeżeli niezdolność do samodzielnej egzystencji była następstwem wypadku,
- e) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
- f) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
- g) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłygnięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

- 1) Allianz ocenia zasadność roszczenia na podstawie przedstawionej dokumentacji. W razie zaistnienia wątpliwości Allianz zastrzega sobie również prawo powołania komisji lekarskiej celem przeprowadzenia badań lekarskich i oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- 2) Pierwsza ocena zasadności roszczenia odbywa się najwcześniej po 90 dniach od daty wypadku lub pierwszej diagnozy choroby.

3.

W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?

§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

- a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
- b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Nawet jeżeli zaprzestasz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?

§ 8.

1.

- 1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

- 2) Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem że wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia nie przekroczy 55 lat oraz pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka, a także poddania się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz (z wyłączeniem badań genetycznych).
- 3) Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.

Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postanowienia końcowe


§ 9.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 29/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.



Witold Jaworski
Prezes Zarządu



Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu



Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu wskutek wypadku (kod produktu: PWS)

Umowa, która zapewnia pomoc finansową wypłacaną w ustalonej kwocie za każdy dzień pobytu w szpitalu (aż do 180 dni), jeśli znajdziesz się w nim wskutek wypadku.

Czego dotyczy niniejszy dokument? § 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu wskutek wypadku (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu wskutek wypadku.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? § 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

- 1) **Dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu w celu poddania się leczeniu szpitalnemu w warunkach stacjonarnych, przy czym za pierwszy i ostatni dzień przyjmuje się dzień rejestracji i odpowiednio dzień wypisu ze szpitala, niezależnie od tego ile w pierwszym i ostatnim dniu trwał pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
- 2) **Świadczenie dzienne** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych warunków umowy dodatkowej.
- 3) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Szwajcarii, Watykanu, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych warunków umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
- 4) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu wskutek wypadku.
- 5) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, polegające na pobycie Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przez czas określony w niniejszych warunkach umowy dodatkowej, jeżeli pobyt ten wystąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia? § 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

- 2.
- 1) Allianz wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie dzienne za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek wypadku, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, przy czym maksymalna wysokość świadczenia Allianz z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w danym roku polisowym, nie może przekroczyć wysokości świadczenia dziennego za 180 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
 - 2) Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał nieprzerwanie 180 dni, Allianz wypłaci świadczenie w podwójnej wysokości w stosunku do ustalonego świadczenia dziennego dla niniejszej umowy dodatkowej.
 - 3) Dni objęte przepustką w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie są wliczane do okresu pobytu, o którym mowa w pkt 1) i 2) powyżej, a świadczenie dzienne za te dni nie przysługuje.

W ramach tej umowy dodatkowej możesz liczyć na wypłatę świadczenia jeśli znajdziesz się w szpitalu wskutek wypadku. Allianz wypłaci Ci kwotę będącą iloczynem stawki dziennej oraz liczby dni pobytu w szpitalu (od 1 aż do 180 dni).

3.
W przypadku gdy pobyt w szpitalu przekracza 30 dni i trwa nadal, Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za co najmniej 30 dni pobytu w szpitalu, zachowując prawo do żądania dalszej części świadczenia. Zasadę, o której mowa w zdaniu poprzednim, uprawniającą do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego kolejnego co najmniej 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.

4.
Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustaleniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.

- 5.
- ### Ograniczenia odpowiedzialności
- 1) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
 - a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
 - c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru,
 - e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,

- f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - i) zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
 - j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - k) wszelkich chorób somatycznych Ubezpieczonego, w tym zawału serca, udaru mózgu, napadów epileptycznych, stanów drgawkowych lub zaburzeń świadomości,
 - l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.
- 2) Allianz nie ponosi odpowiedzialności jeżeli pobyt w szpitalu związany był z:
- a) wadami wrodzonymi lub schorzeniami związanymi z wadami wrodzonymi Ubezpieczonego,
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej u Ubezpieczonego, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowej,
 - c) niezastosowaniem się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia,
 - d) rehabilitacją Ubezpieczonego niezależnie od charakteru placówki, w którym leczenie to było prowadzone.

6.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
- 2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
 - a) złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania. Jest to umowa pięcioletnia, która może być przedłużana na kolejne okresy.

3.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
 - a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 66 lat,
 - b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
- 3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 65 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za umowę dodatkową.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), z zastrzeżeniem, że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie - ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?

§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości świadczenia dziennego, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie świadczenia dziennego.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję podwyższenia składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?

§ 6.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:

- a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
- b) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
- c) opis okoliczności wypadku,
- d) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),

- e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
- f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłygnięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
- Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

- umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
- spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Nawet jeżeli zaprzestasz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości świadczenia dziennego?
§ 8.

1.

- Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany wysokości świadczenia dziennego z tytułu umowy dodatkowej.
- Z prawa do podwyższenia świadczenia dziennego można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka.
- Z prawa do obniżenia świadczenia dziennego można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć wysokość świadczenia dziennego, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia świadczenia dziennego.

2.

Do podwyższenia świadczenia dziennego dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie świadczenia dziennego oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia świadczenia dziennego Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono świadczenie dzienne, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie świadczenia dziennego, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postanowienia końcowe
§ 9.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 30/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.



Witold Jaworski
Prezes Zarządu



Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu



Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej – leczenie operacyjne wskutek wypadku (kod produktu: LOP)

Umowa, która zapewnia wypłatę dodatkowych pieniędzy w sytuacji, gdyby potrzebne Ci było leczenie operacyjne wskutek wypadku.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek leczenia operacyjnego wskutek wypadku (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek leczenia operacyjnego wskutek wypadku.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

- 1) **Dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu w celu poddania się leczeniu szpitalnemu w warunkach stacjonarnych, przy czym za pierwszy i ostatni dzień przyjmuje się dzień rejestracji i odpowiednio dzień wypisu ze szpitala, niezależnie od tego ile w pierwszym i ostatnim dniu trwał pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
- 2) **Leczenie operacyjne/zabieg operacyjny/operacja** – leczenie chirurgiczne obrażeń ciała będących skutkiem wypadku zaistniałego w okresie ochrony świadczonej przez Allianz z tytułu umowy dodatkowej, przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalu, a według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia powypadkowego określonego w dokumentacji medycznej, z wyłączeniem następujących zabiegów operacyjnych:
 - a) prowadzonych w celach diagnostycznych,
 - b) niewymagających naruszenia ciągłości powłok ciała,
 - c) wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych,
 - d) dotyczących tylko skóry i tkanki podskórnej,
 - e) przeprowadzonych w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej.
- 3) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Szwajcarii, Watykanu, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych warunków umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
- 4) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, będąca podstawą do obliczania wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia objętego ochroną z tytułu umowy dodatkowej.
- 5) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek leczenia operacyjnego wskutek wypadku.

- 6) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, polegające na poddaniu się przez Ubezpieczonego zabiegowi operacyjnemu określonymu w Załączniku do niniejszych warunków, związanemu z doznanymi obrażeniami ciała, będącymi następstwem wypadku zaistniałego w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia w kwocie stanowiącej procent sumy ubezpieczenia, przypisany danemu zabiegowi operacyjnemu, wymieniony w Załączniku do niniejszych warunków (Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek wypadku), maksymalnie jednak do wysokości 100% sumy ubezpieczenia w roku polisowym.

W ramach tej umowy dodatkowej, w razie leczenia operacyjnego spowodowanego wypadkiem, możesz liczyć na wypłatę kwoty, wyliczonej jako procent sumy ubezpieczenia uzależniony od rodzaju przebytej operacji. Operacje, w przypadku których Allianz wypłaca świadczenie oraz wysokość tych świadczeń są określone w tabeli stanowiącej załącznik do niniejszych warunków.

3.
Allianz wypłaci świadczenie jeżeli zabieg operacyjny Ubezpieczonego miał miejsce nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od daty wypadku i w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej oraz był związany z pobytem w szpitalu nieprzerwanie przez okres minimum 3 dni pobytu w szpitalu.

4.
Jeżeli na skutek jednego wypadku Ubezpieczony ma wykonany więcej niż jeden zabieg operacyjny w obrębie tego samego narządu, Allianz wypłaci jedno świadczenie za zabieg operacyjny o najwyższej wartości świadczenia, określony w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek wypadku.

5.
Ograniczenia odpowiedzialności

- 1) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
 - a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
 - c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru,

- e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
 - f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - i) zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
 - j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - k) wszelkich chorób somatycznych Ubezpieczonego, w tym zawału serca, udaru mózgu, napadów epileptycznych, stanów drgawkowych lub zaburzeń świadomości,
 - l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.
- 2) Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje zdarzeń będących wynikiem wad wrodzonych lub schorzeń związanych z wadami wrodzonymi Ubezpieczonego.

6.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednio zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
- 2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
 - a) złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania. Jest to umowa pięcioletnia, która może być przedłużana na kolejne okresy.

3.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
 - a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 66 lat,
 - b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.
- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej

na miesiąc przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

- 3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 65 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za tą umowę dodatkową.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), z zastrzeżeniem, że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie – ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?

§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję podwyższenia składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużeniu umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.

Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?

§ 6.

1.

- Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:
- a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
 - b) karta informacyjna leczenia szpitalnego,

- c) kompletna dokumentacja medyczna związana z danym zabiegiem operacyjnym,
- d) opis okoliczności wypadku,
- e) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
- f) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
- g) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłygnięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?

§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

- a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
- b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Nawet jeżeli zaprzestasz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?

§ 8.

1.

- 1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 2) Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka.
- 3) Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.

Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postanowienia końcowe

§ 9.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 31/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.



Witold Jaworski
Prezes Zarządu



Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu



Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Załącznik

do warunków umowy dodatkowej – leczenie operacyjne wskutek wypadku

Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek wypadku

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
Zabiegi w zakresie czaszki, mózgu, opon		
1	Nacięcie/ drenaż zatok czaszki	30
2	Kraniotomia – każda, odbarczenie mózgu, usunięcie krwiaka nad- podtwardówkowego, śródmózgowego, ciała obcego itp., trepanacja czaszki	60
3	Powtórne otwarcie w miejscu kraniotomii (rewizja po operacji krwiaka)	30
4	Kraniektomia	20
5	Wprowadzenie cewnika do jamy czaszki	20
6	Nacięcie opon mózgu – drenaż w obrębie mózgu (ropnia, ropniaka, wodniaka podpajecznówkowego, śródczaszkowego, podtwardówkowego)	20
7	Opracowanie chirurgiczne rany mózgu	50
8	Usunięcie ropnia pnia mózgu	80
9	Usunięcie ropnia mózdzku	80
10	Plastyka czaszki (wszystkie rodzaje)	50
11	Zeszycie opon mózgowych – proste szycie opony twardej	30
12	Inne zabiegi naprawcze opon (w tym zamknięcie przetoki płynowej)	30
13	Pozaczaskowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	20
14	Rewizja, usunięcie i płukanie drenu dokomorowego mózgu	20
Zabiegi na rdzeniu kręgowym i strukturach kanału kręgowego oraz nerwach		
15	Usunięcie ciała obcego z kanału kręgowego	100
16	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu przedniego	80
17	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu tylnego	80
18	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu przez gardło	100
19	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym – operacyjne z dostępu przedniego	100
20	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym – operacyjne z dostępu tylnego	100
21	Reoperacja odbarczająca kanału kręgowego	100
22	Laminektomia odbarczająca	50
23	Eksploracja korzeni nerwów rdzeniowych	70
24	Inna eksploracja i odbarczenie kanału kręgowego	70
25	Operacja złamania kręgu – nastawienie złamania, podniesienie fragmentu, inne	100
26	Operacja złamania kręgu – usunięcie fragmentu kostnego z kanału kręgowego	100
27	Operacja naprawcza rdzenia kręgowego – pourazowe	100
28	Operacja naprawcza opon rdzeniowych	100
29	Drenaż przestrzeni rdzeniowych – każdy	10
30	Rewizja drenażu przestrzeni płynowych rdzenia	20
31	Szycie nerwu obwodowego/czaszkowego	50
32	Uwolnienie zrostów i dekompresja korzeni nerwów czaszkowych (twarzowy, trójdzielnny)	80
Zabiegi na tarczycy, nadnerczach		
33	Usunięcie płata tarczycy	30
34	Inne zabiegi częściowego usunięcia tarczycy	25
35	Całkowita resekcja tarczycy	60

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
36	Szycie tarczycy	20
37	Częściowe/jednostronne usunięcie nadnerczy	40
Zabiegi w zakresie oka, ucha, nosa, zatok		
38	Plastyka rany powieki	10
39	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	10
40	Zabiegi naprawcze w zakresie rogówki	20
41	Chirurgia rekonstrukcyjna rogówki	30
42	Szycie skaleczenia twardówki oraz inne zabiegi w zakresie uszkodzonej urazowo twardówki	20
43	Zabieg naprawczy rozerwania siatkówki (fotokoagulacja, krioterapia, laser, inne)	30
44	Zabieg naprawczy odwarstwienia siatkówki z klamrowaniem twardówki i wszczepem	30
45	Inny zabieg naprawczy odwarstwienia siatkówki (fotokoagulacja, krioterapia)	20
46	Usunięcie ciała szklistego	40
47	Naprawa po urazie mięśnia okoruchowego	40
48	Zabiegi w zakresie oczodołów i gałek ocznych – nacięcie oczodołu	20
49	Usunięcie penetrującego ciała obcego z oka	20
50	Wytrzewienie gałki ocznej	40
51	Wyłuszczenie gałki ocznej	40
52	Wytrzewienie oczodołu	40
53	Zaopatrzenie urazu gałki ocznej i oczodołu	10
54	Amputacja ucha zewnętrznego	15
55	Rekonstrukcja zewnętrznego przewodu słuchowego	25
56	Inna plastyka ucha zewnętrznego (pourazowa)	25
57	Otwarte nastawienie złamania nosa	20
58	Przyszycie amputowanego nosa	40
59	Zabieg naprawczy zatok nosa	35
60	Operacje zatok nosa – inne	35
Zabiegi w zakresie jamy ustnej, gardła, krtani		
61	Częściowe wycięcie języka	30
62	Całkowite usunięcie języka	40
63	Zabiegi naprawcze języka i plastyka języka	30
64	Szycie rany języka	10
65	Szycie rany gardła	30
66	Stała tracheostomia	10
67	Zabiegi naprawcze krtani (m. in. szycie rany krtani)	30
68	Zabiegi naprawcze i plastyczne tchawicy (szycie rany tchawicy, protezowanie, rewizja tracheostomii)	30
Zabiegi na narządach klatki piersiowej		
69	Segmentowa resekcja płuca	50
70	Usunięcie płata płucnego	60
71	Całkowite usunięcie płuca	80
72	Zabiegi naprawcze i plastyczne w zakresie płuca i oskrzela (szycie rany oskrzela, płuca, zamknięcie przetoki)	40
73	Nacięcie ściany klatki piersiowej i opłucnej (torakotomia zwiadowcza, nacięcie, drenaż opłucnej)	40
74	Częściowe wycięcie opłucnej (dekortykacja)	50

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
75	Zabieg naprawczy w zakresie ściany klatki piersiowej (szycie rany, zamknięcie przetoki kłp)	40
76	Operacje w zakresie przepony (szycie, zabiegi naprawcze)	50
77	Inne operacje w zakresie klatki piersiowej (zabieg naprawczy opłucnej)	40
78	Otwarta walwułoplastyka bez wymiany zastawki	100
79	Wymiana zastawki serca	100
80	Operacje innych struktur związanych z zastawkami serca (mięśnie brodawkowate, nitki ściągiste, beleczki mięśniowe)	80
81	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego materiałem sztucznym (pourazowego)	80
82	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej i międzykomorowej z użyciem przeszczepu tkankowego (pourazowego)	80
83	Pomosty (by-passy) dla rewaskularyzacji serca	80
84	Wszczep tętnicy dla rewaskularyzacji serca	80
85	Perikardiocenteza	20
86	Kardiotomia (nacięcie wsierdza, mięśnia, przedsionka, komory)	60
87	Perikardiotomia (przecięcie, nacięcie osierdza)	30
88	Częściowa wentrykulektomia	60
89	Zabiegi naprawcze serca i osierdza (zabiegi otwarte, w tym wszczepienie urządzenia wspomagającego pracę serca)	60
90	Wprowadzenie/ rewizja/ wymiana/ usunięcie elektrod rozrusznika serca, czasowego rozrusznika serca lub rewizja miejsca wprowadzenia rozrusznika	30
91	Założenie, wymiana, usunięcie i rewizja rozrusznika serca	30
92	Wszczepienie lub wymiana całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/ defibrylacji [AICD]	60
93	Wszczepienie elektrod do całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/ defibrylacji [AICD]	60
94	Wymiana elektrod do całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/ defibrylacji [AICD]	30
95	Szycie rozerwania przełyku	80
96	Zabiegi w zakresie przewodu piersiowego (podwiązanie, kaniulowanie, wytworzenie, zamknięcie przetoki)	40
Zabiegi na narządach jamy brzusznej		
97	Częściowe usunięcie śledziony	35
98	Całkowita splenektomia	35
99	Gastrostomia (z wyjątkiem endoskopowej PEG – 43.11)	30
100	Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z przełykiem	60
101	Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z dwunastnicą	60
102	Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym	60
103	Częściowe wycięcie żołądka – inne (w tym z wstawką)	60
104	Całkowite usunięcie żołądka (w tym z dwunastnicą, z przełykiem)	80
105	Zespolenie żołądkowo-jelitowe bez wycięcia żołądka (z wyjątkiem endoskopowego 44.32)	40
106	Szycie rozerwania żołądka	30
107	Inna resekcja w zakresie jelita cienkiego – częściowa, całkowita, mnoga	50
108	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	60
109	Wycięcie kątnicy	50
110	Hemikolektomia prawostronna	50
111	Resekcja poprzecznicy	50
112	Hemikolektomia lewostronna	50
113	Sigmoidektomia	50
114	Częściowe wycięcie jelita grubego – inne	50
115	Zespolenie jelitowe (wszystkie rodzaje)	30
116	Wyłonienie jelita – cienkiego, grubego	30
117	Kolostomia – czasowa, stała	30
118	Ileostomia – czasowa, stała	30
119	Enterostomia – inne (z wyjątkiem endoskopowej)	30
120	Inne zabiegi naprawcze w zakresie jelit – szycie rozerwanej dwunastnicy, jelita cienkiego, grubego, zamknięcie przetoki	40

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
121	Resekcja odbytnicy	50
122	Resekcja odbytnicy – inne	50
123	Szycie rozerwania odbytnicy	25
124	Szycie rany odbytu	20
125	Częściowe wycięcie wątroby	60
126	Częściowe usunięcie wątroby	60
127	Całkowite usunięcie wątroby	100
128	Zabiegi naprawcze wątroby (zamknięcie uszkodzenia, ufiksowanie, inne)	50
129	Cholecystektomia (z wyjątkiem laparoskopowej-51.23)	40
130	Zespolenie pęcherzyka żółciowego lub przewodów żółciowych (dróg żółciowych)	40
131	Zabiegi naprawcze dróg żółciowych (szycie, plastyka)	50
132	Częściowa pankreatektomia (wszystkie rodzaje)	70
133	Totalna pankreatektomia	100
134	Operacje naprawcze trzustki – inne (szycie, fistulektomia)	60
135	Zespolenie trzustki (przewodu trzustkowego z jelitem, żołądkiem)	60
136	Laparotomia zwiadowcza	30
137	Zeszyte ściany jamy brzusznej i otrzewnej	30
138	Inne zabiegi naprawcze ściany jamy brzusznej i otrzewnej (zeszyte, przeszczep sieci, operacje naprawcze krezki)	40
139	Przezskórny drenaż jamy brzusznej	15
Zabiegi na narządach układu moczowego i płciowego		
140	Drenaż przestrzeni okołonerkowej lub okołopęcherzowej	20
141	Nacięcie mięszu nerkowego (nefrotomia) i wytworzenie przetoki nerkowej (nefrostomia) – z wyjątkiem nefrolitotomii 55.013	30
142	Nacięcie miedniczki nerkowej (pielotomia) i wytworzenie przetoki miedniczkowej (pielostomia) (z wyjątkiem pielolitotomii)	30
143	Częściowe wycięcie nerki	40
144	Całkowite wycięcie nerki (nefrektomia)	60
145	Obustronne wycięcie nerek	100
146	Przeszczep nerki	80
147	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej (nefropeksja)	30
148	Zeszyte rany nerki	30
149	Zamknięcie nefrostomii-pielostomii	20
150	Zamknięcie innej przetoki nerkowej	20
151	Zespolenie nerkowe (miedniczkowe, moczowodowe, kielichowe)	40
152	Przezskórne nakłucie i odessanie (krwiaka nerki, nakłucie nerki)	20
153	Nacięcie moczowodu w celu odprowadzenia moczu	20
154	Nacięcie moczowodu w celu eksploracji	20
155	Częściowe wycięcie moczowodu	50
156	Całkowite usunięcie moczowodu	60
157	Wycięcie moczowodu (ureterektomia) – inne	50
158	Wytworzenie przetoki moczowodowo-jelitowo-skrónej	70
159	Wytworzenie innej przetoki moczowodowo-skrónej	60
160	Odprowadzenie moczu do jelita	40
161	Przeszczepienie moczowodu do pęcherza	40
162	Zespolenie międzymoczowodowe (transureteroureterostomia)	40
163	Zeszyte rany moczowodu	30
164	Inne zabiegi naprawcze moczowodu (wszczep, pętla jelitowa, ureteroplikacja)	50
165	Podwiązanie moczowodu	40
166	Przecewkowe opróżnienie pęcherza moczowego – drenaż pęcherza moczowego bez nacięcia	10
167	Usunięcie skrzepów z pęcherza bez nacięcia – przez cewkowe	10
168	Przezskórna cystostomia (przetoka)	30
169	Inne przetoki nadłonowe	30

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
170	Zespolenie pęcherzowo-skróne (vesicostomia)	40
171	Rewizja lub zamknięcie przetoki pęcherzowo-skrónej	20
172	Otwarte wycięcie innej zmiany lub tkanki pęcherza – pourazowe	30
173	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	50
174	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego (włącznie z wytrzewieniem)	100
175	Zeszycie rany pęcherza moczowego	20
176	Operacja przetoki pęcherzowo-jelitowej	40
177	Operacja innej przetoki pęcherzowej	40
178	Plastyka pęcherza i cewki moczowej oraz plastyka szyi pęcherza	30
179	Operacja wycinowania pęcherza moczowego	80
180	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	80
181	Wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego	20
182	Wycięcie cewki moczowej	80
183	Zeszycie rany cewki moczowej	20
184	Odtworzenie ciągłości cewki moczowej	30
185	Inne nacięcie tkanki około pęcherzowej – odsłonięcie (eksploracja) przestrzeni około pęcherzowej, pozalonnej, drenaż krwiaka	20
186	Nacięcie ropnia sterca z drenażem	20
187	Prostatektomia nadłonowa	50
188	Prostatektomia załonowa	50
189	Prostatektomia radykalna	60
190	Nacięcie i drenaż moszny i osłonki pochwowej jądra	20
191	Szycie rany moszny i osłonki pochwowej jądra	20
192	Operacja przetoki mosznowej	30
193	Operacje naprawcze moszny/ osłonki pochwowej – inne	35
194	Jednostronne wycięcie jądra	30
195	Wycięcie obu jąder	80
196	Szycie rany jądra	20
197	Wycięcie najądrza	20
198	Szycie rany powrózka nasiennego/ najądrza	30
199	Szycie rany nasieniowodu/ najądrza	30
200	Amputacja prącia	50
201	Szycie rany prącia	20
202	Odtworzenie prącia	80
203	Replantacja/ przyszycie amputowanego prącia	80
204	Jednostronne usunięcie jajnika (bez laparoskopowego)	35
205	Jednostronne usunięcie jajnika i jajowodu (bez laparoskopowego)	40
206	Obustronne usunięcie jajników (bez laparoskopowego)	80
207	Usunięcie obu jajników i jajowodów (bez laparoskopowego)	80
208	Szycie jajnika	20
209	Plastyka jajowodu i jajnika	40
210	Operacje naprawcze – umocowanie jajnika	30
211	Otwarcie „na tępo” ropnia jajowodowo-jajnikowego	20
212	Całkowite jednostronne wycięcie jajowodu	30
213	Całkowite obustronne wycięcie jajowodów	50
214	Proste zeszywanie jajowodu	20
215	Szycie jajowodu	25
216	Operacja wykonywana na jajowodach – inne (zespolenie, przywrócenie drożności)	30
217	Szycie rozdarcia szyjki macicy	20
218	Zamknięcie przetoki szyjki macicy	20
219	Niecałkowite wycięcie macicy drogą brzuszna (w tym Laparoskopowe nadszyjkowe usunięcie macicy LSH i LASH, Klasyczne śródpowięziowe usunięcie macicy CISH)	40
220	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszna (proste i poszerzone)	60
221	Wycięcie macicy drogą pochwową (w tym laparoskopowe)	60
222	Wytrzewienie miednicy małej	100
223	Szycie rozdarcia macicy	30

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
224	Zamknięcie przetoki macicy	30
225	Usunięcie penetrującego ciała obcego z szyjki macicy	30
226	Nakłucie zagłębienia odbytniczno-macicznego (zatoki Douglasa)	15
227	Nacięcie zagłębienia odbytniczno-macicznego	20
228	Drenaż krwiaka pochwy	10
229	Zamknięcie światła pochwy i całkowite wycięcie pochwy	30
230	Odtworzenie pochwy	40
231	Szycie rozdarcia pochwy	10
232	Operacja przetoki pochwowo-jelitowej i innej	20
233	Plastyka pochwy i krocza	20
234	Amputacja lechtaczki	20
235	Inne zabiegi wycięcia sromu	25
236	Szycie pęknięcia sromu lub krocza	20
237	Operacja przetoki sromu lub krocza	30
Zabiegi po urazach i złamaniach kości, urazach stawów		
238	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	30
239	Inne zabiegi naprawcze w zakresie kości twarzy i zabiegi ortognatyczne (osteoplastyka, plastyka)	50
240	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	40
241	Otwarte nastawienie złamania szczęki	40
242	Otwarte nastawienie złamania żuchwy	40
243	Otwarte nastawienie złamania zębodołu	30
244	Otwarte nastawienie kości twarzy – inne (oczodołu)	50
245	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	40
246	Operacje kości twarzy/ stawów – inne	30
247	Wycięcie martwaka (wszystkie kości)	20
248	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – nieokreślone miejsce	10
249	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	20
250	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kość ramienna	10
251	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kość promieniowa/ kość łokciowa	10
252	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kości nadgarstka/ śródreźca	10
253	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kość udowa	20
254	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	10
255	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kości stępu/ kości śródstopia	10
256	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – inne kości (miednica)	20
257	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – inne kości (palciki palców stopy/ ręki)	10
258	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – inne kości (kręgi)	20
259	Inne zabiegi naprawcze kości – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	20
260	Inne zabiegi naprawcze kości – kość ramienna	40
261	Inne zabiegi naprawcze kości – kość promieniowa/ kość łokciowa	30
262	Inne zabiegi naprawcze kości – kości nadgarstka/ śródreźca/ paliczki (ręki)	20
263	Inne zabiegi naprawcze kości – kość udowa/ miednica	50
264	Inne zabiegi naprawcze kości – rzepka	10
265	Inne zabiegi naprawcze kości – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	30
266	Inne zabiegi naprawcze kości – kości stępu/ kości śródstopia/ paliczki (stopy)	20
267	Inne zabiegi naprawcze kości – inne (kręgi)	40
268	Zabieg naprawczy złego zrостu lub braku zrостu – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	20
269	Zabieg naprawczy złego zrостu lub braku zrостu – kość ramienna	50

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
270	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu – kość promieniowa/ kość łokciowa	40
271	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu – kości nadgarstka/ śródreźcza/ paliczki (ręki)	20
272	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu – kość udowa/ miednica	50
273	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu – rzepka	20
274	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	40
275	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu – kości stępu/ kości śródstopia/ paliczki (stopy)	30
276	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu – kręgi	50
277	Stabilizacja wewnętrzna kości bez nastawienia złamania – profilaktyczna	20
278	Powtórne wprowadzenie wewnętrznego stabilizatora	30
279	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – łopatką, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	30
280	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kość ramienna	60
281	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kość promieniowa/ kość łokciowa	40
282	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kości nadgarstka/ śródreźcza/ paliczki (ręki)	20
283	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kość udowa/ miednica	60
284	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – rzepka	20
285	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	50
286	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kości stępu/ kości śródstopia/ paliczki (stopy)	20
287	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kręgi	50
288	Usunięcie mechanicznych implantów z kości – zewnętrzny stabilizator kości (inwazyjny) każda lokalizacja	10
289	Usunięcie mechanicznych implantów z kości – zespolenie wewnętrzne (każda lokalizacja)	30
290	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość ramienna	50
291	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość promieniowa/ łokciowa	40
292	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kości nadgarstka/ kości śródreźcza	20
293	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – paliczki ręki	20
294	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość udowa	50
295	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość piszczelowa/kość strzałkowa	40
296	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kości stępu/ kości śródstopia (noga)	30
297	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – paliczki (stopy)	10
298	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – inne wyszczególnione kości (obojczyk)	20
299	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – inne wyszczególnione kości (miednica)	60
300	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – inne wyszczególnione kości (rzepka)	20
301	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość ramienna	50
302	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość promieniowa/ łokciowa	40
303	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości nadgarstka/ kości śródreźcza	20
304	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki ręki	20

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
305	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość udowa	50
306	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	40
307	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości stępu/ kości śródstopia (noga)	30
308	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki stopy	10
309	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne wyszczególnione kości (obojczyk)	20
310	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne wyszczególnione kości (miednica)	80
311	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne wyszczególnione kości (rzepka)	20
312	Zamknięte nastawienie oddzielonej nasady kości – wszystkie lokalizacje – ze stabilizacją, bez stabilizacji	20
313	Otwarte nastawienie oddzielonej nasady kości – wszystkie lokalizacje – ze stabilizacją, bez stabilizacji	30
314	Zamknięte nastawienie zwichnięcia	10
315	Otwarte nastawienie zwichnięcia	20
Operacje kręgosłupa		
316	Wycięcie krążka międzykręgowego – usunięcie przepukliny jądra miazdżystego na każdym poziomie	30
317	Spondylodeza szczytowo-obrotowa – czaszkowo-szyjna, C1-C2, potyliczno-C2 z dojścia przedniego, tylnego lub przez jamę ustną	100
318	Spondylodeza szyjna z dostępu przedniego	80
319	Spondylodeza szyjna z dostępu tylnego	80
320	Spondylodeza piersiowa i piersiowo-łędźwiowa z dostępu przedniego	100
321	Spondylodeza piersiowa lub piersiowo-łędźwiowa z dostępu tylnego	100
322	Spondylodeza łędźwiowa/ łędźwiowo-krzyżowa z dostępu przedniego	100
323	Spondylodeza łędźwiowa lub łędźwiowo-krzyżowa wyrostków poprzecznych z dostępu bocznego	60
324	Spondylodeza łędźwiowa/ łędźwiowo-krzyżowa z dostępu tylnego (w tym PLIF, TLIF)	80
325	Wprowadzenie wypełniacza przestrzeni kostnych	20
Zabiegi naprawcze w zakresie stawów kończyn		
326	Operacje stawu biodrowego	50
327	Operacje rewizyjne w obrębie stawu biodrowego	70
328	Operacje stawu kolanowego	50
329	Operacje rewizyjne stawu kolanowego	70
330	Wycięcie łątki kolana (menispektomia)	20
331	Plastyka więzadła kolana (five-in-one)	40
332	Plastyka niestabilności przednio-przyśrodkowej kolana z uszkodzeniem łątki	30
333	Plastyka niestabilności rzepki	30
334	Plastyka więzadeł krzyżowych kolana – inne	30
335	Plastyka więzadeł pobocznych kolana – inne	20
336	Plastyka stawu kolanowego – inne	40
337	Plastyka stawu skokowego – inne	50
338	Wymiana stawu kończyny dolnej – endoproteza plastyka całkowita i częściowa, operacja rewizyjna	40
339	Inne procedury na kręgosłupie – wyłącznie Spondylodeza pierwotna	60
340	Artroplastyka i zabiegi naprawcze stawów barku i łokcia (w tym endoproteza i rewizja)	40
341	Szycie torebki stawowej/ więzadeł kończyny górnej	30
342	Szycie torebki stawowej/ więzadeł stawów stępu/ stopy	20
343	Szycie torebki stawowej/ więzadeł nogi – inne	20
Amputacje w zakresie kończyn		
344	Amputacja kończyny górnej	40

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
345	Amputacja i wyluszczenie palca ręki w stawie	10
346	Amputacja i wyluszczenie kciuka w stawie	20
347	Amputacja w zakresie ręki	30
348	Wyluszczenie nadgarstka	30
349	Amputacja w zakresie przedramienia	30
350	Wyluszczenie w stawie łokciowym	40
351	Amputacja w zakresie ramienia	40
352	Wyluszczenie w stawie barkowym	40
353	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	50
354	Amputacja kończyn dolnej – nie określona inaczej	50
355	Amputacja palca stopy	10
356	Amputacja w zakresie stopy	30
357	Wyluszczenie w stawie skokowym	30
358	Inna amputacja poniżej kolana	40
359	Wyluszczenie w stawie kolanowym	50
360	Amputacja powyżej kolana	50
361	Wyluszczenie w stawie biodrowym	60
362	Brzuszo-miedniczne odjęcie kończyny dolnej	80
363	Replantacja kończyny	100
364	Rewizja kikuta po amputacji	20
365	Wszczep lub dopasowanie protezy kończyny	10
Zabiegi w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego, skóry		
366	Operacja na mięśniu, ścięgnie i rozciągnięciu dłoniowym (w tym eksploracja pochewki ścięgna, nacięcie, drenaż)	10
367	Przecięcie mięśnia, ścięgna i powięzi ręki	10
368	Szycie mięśnia, ścięgna, powięzi ręki	20
369	Rekonstrukcja kciuka	50
370	Nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kaletki (eksploracja pochewki ścięgna)	20
371	Wycięcie kaletki	10
372	Szycie mięśnia, ścięgna i powięzi (rozciągnięta, w tym zeszyte ścięgna Achillesa)	20
373	Rekonstrukcja mięśnia i ścięgna (w tym wydłużenie, skrócenie, przemieszczenie, przeszczep, powtórne przytwierdzenie)	30

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
374	Rekonstrukcja pierwotna wielotkankowych uszkodzeń kończyny górnej	50
375	Rekonstrukcja pierwotna wielotkankowych uszkodzeń kończyny dolnej	50
376	Szycie rany piersi	10
377	Nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej	20
378	Usunięcie ciała obcego ze skóry i tkanki podskórnej	10
379	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia	10
380	Wolny przeszczep skóry (z wyjątkiem 86.64 – przeszczep włosów)	20
381	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry (w tym rewizja 86.75)	30
382	Inne zabiegi w zakresie skóry i tkanki podskórnej	20
Zabiegi na naczyniach		
383	Nacięcie naczynia (Embolektomia, Trombektomia) – każda lokalizacja naczynia	30
384	Wycięcie naczynia tętniczego z zespoleniem – każda lokalizacja	80
385	Wycięcie naczynia żylnego z zespoleniem – każda lokalizacja	60
386	Wycięcie naczynia ze wstawką naczynia – każda lokalizacja	60
387	Inne chirurgiczne zamknięcie naczynia (zaklemowanie, rozdzielenie, podwiązanie, zamknięcie, okluzja)	30
388	Inne zespolenie naczyniowe (w tym: pomost aorta – t. podobojczykowa – t. szyjna wspólna, Inne zespolenia naczyniowe klatki piersiowej, pomost aortalno-biodrowy, biodrowo-udowy, aortalno-trzewny)	80
389	Wytworzenie przetoki tętniczo-żylny dla dializy	10
390	Zewnątrzczaszkowy – wewnątrzczaszkowy pomost naczyniowy	60
391	Zespolenie lub pomost naczyniowy/ obwodowy – inne	50
392	Szycie naczynia krwionośnego (tętnicy, żyły)	25
393	Wewnątrzczaszkowy zabieg naprawczy aorty brzusznej – wszczępienie stentu – pourazowe	80
394	Wszczep wewnątrzczaszkowy w obrębie aorty piersiowej – uraz aorty	100
395	Inne zabiegi na naczyniach krwionośnych – wszczępienie stentu	50

Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie dziecka (kod produktu: TERD)

Umowa, która stanowi podstawę do tego, by móc rozszerzać ochronę Twojego dziecka o inne umowy dodatkowe.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową).

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Umowa dodatkowa ubezpieczenia na życie dziecka może zostać zawarta na rachunek dziecka własnego lub przysposobionego każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej. Na rachunek każdego dziecka zostaje zawarta odrębna umowa dodatkowa.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u. Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Ubezpieczonego mają odpowiednie zastosowanie do Ubezpieczonego dziecka.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

- 1) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona, jeżeli śmierć Ubezpieczonego dziecka nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
- 2) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, którego życie jest przedmiotem ochrony na zasadach określonych w umowie dodatkowej.
- 3) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na życie dziecka.
- 4) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, którym jest śmierć Ubezpieczonego dziecka w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego dziecka.

2.
Odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy dodatkowej polega na wypłacie w razie śmierci Ubezpieczonego dziecka sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej w wysokości 100 zł.

Zawarcie tej umowy dodatkowej umożliwiła rozszerzenie zakresu ochrony Twojego dziecka.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową?
§ 4.

1.
Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.
Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania, pod warunkiem wyrażenia przez Allianz zgody.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania. Jest to umowa pięcioletnia, która może być przedłużana na kolejne okresy.

- 3.
- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
 - a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 26 lat,
 - b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy podstawowej,
 - c) do dnia śmierci Ubezpieczonego dziecka.
 - 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
 - 3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.
Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ma ukończonych 25 lat.

5.
Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za umowę dodatkową.

6.
Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?
§ 5.

1.
Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

3.

Wysokość składki ochronnej przez cały okres ubezpieczenia jest stała. Kwota składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 6.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego dziecka zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności, do których należą:

- dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
- odpis aktu zgonu Ubezpieczonego Dziecka,
- inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłygnięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

W razie zajścia zdarzenia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, Allianz wypłaci sumę ubezpieczenia członkom rodziny Ubezpieczonego dziecka według następującej kolejności:

- w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego dziecka,
- w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego dziecka, jeśli brak rodziców,
- w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego dziecka, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

W razie rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

- umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
- spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Nawet jeżeli zaprzestasz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Postanowienia końcowe
§ 8.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 32/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.

Witold Jaworski
Prezes Zarządu

Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu

Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu

Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania dziecka (kod produktu: DZD)

Umowa, która zapewnia wsparcie finansowe w razie wystąpienia u Twojego dziecka poważnych chorób lub zabiegów operacyjnych z listy 17 najczęstszych zachorowań i operacji występujących u dzieci.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania może zostać zawarta na rachunek dziecka własnego lub przysposobionego każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej. Na rachunek każdego dziecka zostaje zawarta odrębna umowa dodatkowa.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u. Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Ubezpieczonego mają odpowiednie zastosowanie do Ubezpieczonego dziecka.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

- 1) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona Ubezpieczonemu dziecku na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Szwajcarii, Watykanu, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych warunków umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
- 3) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, którego zdrowie jest przedmiotem ochrony na zasadach określonych w umowie dodatkowej.
- 4) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka.
- 5) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, potwierdzone jednoznacznie w dokumentacji lekarskiej, polegające na zdiagnozowaniu u Ubezpieczonego dziecka chorób lub przebyciu zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w Katalogu poważnych zachorowań, stanowiącym Załącznik do niniejszych warunków.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Zapoznaj się również z tabelą stanowiącą załącznik do niniejszych warunków, w której znajdziesz listę chorób i zabiegów operacyjnych, których dotyczy umowa.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego dziecka.

- 2.
- 1) Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie Ubezpieczonemu dziecku sumy ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia, pod warunkiem że Ubezpieczone dziecko pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia.
 - 2) Zdarzeniem objętym odpowiedzialnością Allianz z tytułu umowy dodatkowej nie jest:
 - a) choroba wymieniona w Katalogu poważnych zachorowań jeżeli została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej lub jeżeli z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej;
 - b) zabieg operacyjny wymieniony w Katalogu poważnych zachorowań jeżeli choroba będąca bezpośrednią lub pośrednią przyczyną przeprowadzenia zabiegu została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej lub jeżeli z powodu tej choroby rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.
 - 3) Z tytułu umowy dodatkowej Ubezpieczonemu dziecku przysługuje tylko jedno świadczenie z powodu tego samego poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka (tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego). Odpowiedzialność Allianz z tytułu kolejnych poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne poważne zachorowania, zgodnie z wiedzą medyczną, nie wynikają bezpośrednio lub pośrednio z poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego, za które wypłacono świadczenie.
 - 4) Skorzystanie z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia, o którym mowa w § 8, nie skutkuje nabyciem uprawnień do większej liczby świadczeń.

Dzięki tej umowie dodatkowej w razie poważnego zachorowania dziecka wypłacimy Ci pieniądze, które będzie można przeznaczyć na leczenie i opiekę nad nim.

3.
Ograniczenia odpowiedzialności

- 1) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
 - a) działania Ubezpieczonego dziecka pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczone dziecko było pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierowało zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
 - c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczone dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) czynnego udziału Ubezpieczonego dziecka w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego

z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach terroru,

- e) uprawiania przez Ubezpieczone dziecko następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
 - f) uczestniczenia Ubezpieczonego dziecka w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - h) poddania się przez Ubezpieczone dziecko leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - i) zatrucia Ubezpieczonego dziecka substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
 - j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - k) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego dziecka,
 - l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego dziecka w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - m) prowadzenia przez Ubezpieczone dziecko pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.
- 2) Allianz nie ponosi odpowiedzialności jeżeli poważne zachorowanie związane jest z wadami wrodzonymi, zdiagnozowanymi w ciągu pierwszych 12 miesięcy życia Ubezpieczonego dziecka.

4.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego dziecka podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

W katalogu zachorowań dzieci, który stanowi załącznik do tej umowy dodatkowej, sprawdzisz w razie wystąpienia jakiej choroby Allianz wypłaci świadczenie.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
- 2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
 - a) złożenie przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego dziecka oraz podanie przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego dziecka w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania. Jest to umowa pięcioletnia, która może być przedłużana na kolejne okresy.

3.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
 - a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 26 lat,
 - b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.
- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
- 3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ma ukończonych 25 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty wskazanej w polisie lub aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za tą umowę dodatkową.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1 i 2), z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?

§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 4 ust. 5, § 7 ust. 2 i w § 8 ust. 3.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję podwyższenia składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużeniu umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.

Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? § 6.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:

- dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka,
- kompletna dokumentacja medyczna związana z diagnostyką i leczeniem poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka, w tym wyniki badań potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Allianz definicją,
- opis okoliczności wypadku, jeżeli poważne zachorowanie było następstwem wypadku,
- notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
- orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
- inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłygnięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

W razie zajścia zdarzenia Ubezpieczone dziecko powinno poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

3.

W razie zgłoszenia roszczenia Allianz zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego dziecka obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez lekarza uprawnionego – w zakresie i częstotliwości uzasadnionej 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 Allianz. Wymienione w niniejszym ustępie działania są przeprowadzane na koszt Allianz.

4.

W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego dziecka przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym dziecku.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? § 7.

1.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

- umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
- spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy podstawowej, wskazane w § 8 o.w.u.

2.

Po wznowieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły po raz pierwszy po upływie 90 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej.

Nawet jeżeli zaprzestasz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia? § 8.

1.

- Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka.
- Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.

Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia.

4.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego dziecka podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postanowienia końcowe § 9.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 33/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.

Witold Jaworski
Prezes Zarządu

Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu

Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu

Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Załącznik

do warunków umowy dodatkowej

– poważne zachorowania dziecka

Katalog poważnych zachorowań dzieci		
UKŁAD NERWOWY		
1.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych	Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych i prowadząca do wystąpienia trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być postawione w oparciu o wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wskazujący na bakteryjny charakter zapalenia opon i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
2.	Łagodny guz rdzenia	Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez laminektomię z dostępu przedniego lub podpotylicznego, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Zakres ochrony obejmuje łagodne guzy śródrdzeniowe i wewnątrzoponowe. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. Zakres ochrony nie obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> – nowotworów złośliwych, – torbieli, – ziarniniaków, – ropni, – krwaków, – malformacji naczyniowych, – guzów wewnątrzoponowych, – guzów zlokalizowanych w obrębie kręgow, – wypadnięcia krążka międzykręgowego, – zmian zwyrodnieniowych, – gruźlicy, – urazów kręgosłupa.
3.	Łagodny guz śródczaszkowy	Niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną trwałych ubytków neurologicznych. Zakres ochrony nie obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> – torbieli, – ziarniniaków, – malformacji śródczaszkowych, – guzów przysadki, – guzów rdzenia.
4.	Paraliż	Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), powstała w przebiegu choroby lub wypadku. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0 - 1 w skali Lovetta, stwierdzone na podstawie badania lekarza specjalisty neurologa po upływie co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia porażenia lub ocenione przez lekarza uprawnionego Allianz. Zakres ochrony nie obejmuje niedowładów kończyn określonych jako stopień 2, 3 lub 4 w skali Lovetta.
5.	Zapalenie mózgu	Ostra choroba zapalna mózgu, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.
CHOROBY NARZĄDOWE, NOWOTWORY		
1.	Cukrzyca	Cukrzyca nabyta insulinozależna, o etiologii autoimmunologicznej, trwająca co najmniej trzy miesiące.
2.	Dystrofia mięśniowa	Dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej.
3.	Krańcowa niewydolność nerek	Stan przewlekłej niewydolności nerek wymagający ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerki.
4.	Nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami	Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony z tytułu umowy dodatkowej. Zakres ochrony nie obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> – nowotworów „in situ”, – nowotworów współistniejących z infekcją HIV, – nowotworów skóry (z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 2 w klasyfikacji TNM).
5.	Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu	Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) powstały wskutek zakażenia wywołanego obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi krążącej, objawiający się niewydolnością lub głęboką dysfunkcją narządów. Zakresem ochrony objęta jest wyłącznie posocznica o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrych zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagająca leczenia na OIOM. Zakres ochrony obejmuje posocznicę wskutek urazu lub powikłanego zabiegu operacyjnego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
6.	Przeszczep	Przeszczep Ubezpieczonemu dziecku jako biocy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Zakres ochrony nie obejmuje przeszczepu narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub klonowania narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.

7.	Schyłkowa niewydolność wątroby	Występowanie klinicznych objawów ostrej lub przewlekłej niewydolności miększu wątroby będące wyrazem ciężkich zaburzeń funkcji wątroby, wyczerpujących jej możliwości kompensacyjne. Objawy, których łączne i jednoczesne występowanie jest konieczne do uznania roszczenia: a) żółtaczką, b) narastanie wodobrzusza, c) zaburzenia krzepnięcia krwi, d) encefalopatia wątrobowa. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu lub umyślnego zatrucia lekami, środkami chemicznymi.
8.	Śpiączka	Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe, doprowadzający do trwałego ubytku neurologicznego; oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego zawierającej ocenę stanu neurologicznego przy wypisie. Zakres ochrony nie obejmuje: – śpiączki powstałej bezpośrednio lub pośrednio wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, innych środków chemicznych, – stanu śpiączki wywołanego lub przedłużanego sztucznie w celach terapeutycznych.
INNE URAZOWE/CHOROBOWE		
1.	Całkowita utrata mowy	Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, niemożliwa do skorygowania, również częściowo, przez zastosowanie jakichkolwiek procedur terapeutycznych, powstała wskutek choroby lub urazu, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Zakres ochrony obejmuje utratę zdolności mowy wskutek resekcji narządu mowy, przewlekłej choroby krtani, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi.
2.	Całkowita utrata słuchu	Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia utrata słuchu w obu uszach wskutek choroby lub urazu, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.
3.	Całkowita utrata wzroku	Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub urazu. O utrwalonym charakterze utraty wzroku orzeka lekarz specjalista okulista po upływie co najmniej 6 miesięcy od jej wystąpienia.
4.	Oparzenia skóry	Głębokie oparzenia skóry wymagające leczenia w warunkach hospitalizacji. Zakres ochrony obejmuje: a) oparzenia ponad 50% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, b) oparzenia ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. Rozległość oparzeń oceniana jest na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (reguła dziewiątek lub tablica Lunda i Browdera). Jako datę zdarzenia przyjmuje się datę wypadku prowadzącego do oparzeń spełniających powyższe kryteria. Zakres ochrony nie obejmuje oparzeń słonecznych.

Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu dziecka (kod produktu: DPS)

Umowa, która zapewnia wypłatę pieniędzy w kwocie za każdy dzień pobytu w szpitalu, niezależnie od tego czy Twoje dziecko znajdzie się tam w wyniku wypadku czy też wskutek choroby.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.

Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu dziecka (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu dziecka może zostać zawarta na rachunek dziecka własnego lub przysposobionego każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej. Na rachunek każdego dziecka zostaje zawarta odrębna umowa dodatkowa.

4.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u. Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Ubezpieczonego mają odpowiednie zastosowanie do Ubezpieczonego dziecka.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

1.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

- 1) **Dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczone dziecko przebywało w szpitalu w celu poddania się leczeniu szpitalnemu w warunkach stacjonarnych, przy czym za pierwszy i ostatni dzień przyjmuje się dzień rejestracji i odpowiednio dzień wypisu ze szpitala, niezależnie od tego ile w pierwszym i ostatnim dniu trwał pobyt Ubezpieczonego dziecka w szpitalu.
- 2) **Świadczenie dzienne** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona Ubezpieczonemu dziecku za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych warunków ubezpieczenia.
- 3) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Szwajcarii, Watykanu, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych warunków umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
- 4) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, którego zdrowie jest przedmiotem ochrony na zasadach określonych w umowie dodatkowej.

- 5) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu dziecka.
- 6) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, polegające na pobycie Ubezpieczonego dziecka w szpitalu przez czas określony w niniejszych warunkach umowy dodatkowej, jeżeli pobyt ten wystąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego dziecka.

2.

- 1) Allianz wypłaci Ubezpieczonemu dziecku świadczenie dzienne za każdy dzień pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt Ubezpieczonego dziecka w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej:
 - a) 4 dni – gdy był spowodowany chorobą;
 - b) 1 dzień – gdy był spowodowany obrażeniami ciała doznanymi przez Ubezpieczone dziecko w następstwie wypadku,przy czym maksymalna wysokość świadczenia Allianz z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w danym roku polisowym, nie może przekroczyć wysokości świadczenia dziennego za 180 dni pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu.
- 2) Jeżeli pobyt Ubezpieczonego dziecka w szpitalu trwał nieprzerwanie 180 dni, Allianz wypłaci świadczenie w podwójnej wysokości w stosunku do ustalonego świadczenia dziennego dla niniejszej umowy dodatkowej.
- 3) Dni objęte przepustką w trakcie pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu nie są wliczane do okresu pobytu, o którym mowa w pkt 1) i 2) powyżej, a świadczenie dzienne za te dni nie przysługuje.

Z tą umową dodatkową możesz liczyć na wsparcie finansowe w razie pobytu Twojego dziecka w szpitalu w wyniku wypadku lub zachorowania. Kwota, jaką otrzymasz będzie iloczynem stawki dziennego świadczenia i liczby dni pobytu w szpitalu.

3.

W przypadku gdy pobyt w szpitalu przekracza 30 dni i trwa nadal, Ubezpieczone dziecko może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za co najmniej 30 dni pobytu w szpitalu, zachowując prawo do żądania dalszej części świadczenia. Zasadę, o której mowa w zdaniu poprzednim, uprawniającą do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego kolejnego co najmniej 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.

4.

Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczone dziecko było pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustaleniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.

5.

Ograniczenia odpowiedzialności

- 1) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
 - a) działania Ubezpieczonego dziecka pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczone dziecko było pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych

- linii lotniczych lub kierowało zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
- c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczone dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) czynnego udziału Ubezpieczonego dziecka w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach terroru,
 - e) uprawiania przez Ubezpieczonego dziecko następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
 - f) uczestniczenia Ubezpieczonego dziecka w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - h) poddania się przez Ubezpieczone dziecko leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - i) zatrucia Ubezpieczonego dziecka substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
 - j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - k) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego dziecka,
 - l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego dziecka w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - m) prowadzenia przez Ubezpieczone dziecko pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.
- 2) Allianz nie ponosi odpowiedzialności jeżeli pobyt w szpitalu związany był z:
 - a) wadami wrodzonymi lub schorzeniami związanymi z wadami wrodzonymi Ubezpieczonego dziecka,
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej u Ubezpieczonego dziecka, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowej,
 - c) niezastosowaniem się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia,
 - d) rehabilitacją Ubezpieczonego dziecka niezależnie od charakteru placówki, w którym leczenie to było prowadzone.

6.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego dziecka podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.

- 2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
 - a) złożenie przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego dziecka oraz podanie przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego dziecka w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania. Jest to umowa pięcioletnia, która może być przedłużana na kolejne okresy.

3.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
 - a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 26 lat,
 - b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.
- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
- 3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ma ukończonych 25 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 30 dni od daty wskazanej w polisie lub aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za tą umowę dodatkową. W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych wypadkiem, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy lub aneksu do polisy.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?

§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości świadczenia dziennego, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie świadczenia dziennego z uwzględnieniem ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 4 ust. 5, § 7 ust. 2 i w § 8 ust. 3.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz

najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję podwyższenia składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużeniu umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? § 6.

1.
Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:
a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka,
b) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
c) opis okoliczności wypadku, jeżeli powodem hospitalizacji był wypadek,
d) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.
W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego dziecka przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym dziecku.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? § 7.

1.
W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznym spełnieniem następujących warunków:
a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

2.
Po wznowieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły po raz pierwszy po upływie 30 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej. W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych wypadkiem, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia wznowienia.

Nawet jeżeli zaprzestasz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości świadczenia dziennego? § 8.

- 1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany wysokości świadczenia dziennego z tytułu umowy dodatkowej.
- 2) Z prawa do podwyższenia świadczenia dziennego można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka.
- 3) Z prawa do obniżenia świadczenia dziennego można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć wysokość świadczenia dziennego, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia świadczenia dziennego.

2.
Do podwyższenia świadczenia dziennego dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie świadczenia dziennego oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.
Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wysokości, o którą podwyższono świadczenie dzienne, rozpoczyna się po upływie 30 dni od daty podwyższenia świadczenia dziennego.
W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych wypadkiem, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia podwyższenia świadczenia dziennego.

4.
W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia świadczenia dziennego Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono świadczenie dzienne, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego dziecka podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie świadczenia dziennego, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postanowienia końcowe § 9.

1.
Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.
Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 34/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.

Witold Jaworski
Prezes Zarządu

Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu

Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu

Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej – uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne wskutek wypadku dziecka (kod produktu: DUN)

Umowa, która zapewnia wypłatę pieniędzy w razie, gdyby Twoje dziecko w wyniku wypadku musiało być poddane operacji lub doznało trwałego uszkodzenia ciała.

Czego dotyczy niniejszy dokument?

§ 1.

1.

Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych wskutek wypadku dziecka (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych wskutek wypadku dziecka może zostać zawarta na rachunek dziecka własnego lub przysposobionego każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej. Na rachunek każdego dziecka zostaje zawarta odrębna umowa dodatkowa.

4.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u. Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Ubezpieczonego mają odpowiednie zastosowanie do Ubezpieczonego dziecka.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?

§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach i Tabeli powypadkowego uszczerbku na zdrowiu oraz Tabeli zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w wyniku wypadku, a także wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

- 1) **Dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczone dziecko przebywało w szpitalu w celu poddania się leczeniu szpitalnemu w warunkach stacjonarnych, przy czym za pierwszy i ostatni dzień przyjmuje się dzień rejestracji i odpowiednio dzień wypisu ze szpitala, niezależnie od tego ile w pierwszym i ostatnim dniu trwał pobyt Ubezpieczonego dziecka w szpitalu.
- 2) **Oparzenie** – uszkodzenie powłok ciała spowodowane działaniem wysokiej temperatury, prądu elektrycznego, substancji chemicznych, promieniowania (w tym promieniowania jonizującego), z wyłączeniem oparzeń słonecznych; rozległość i głębokość oparzeń (stopień oparzeń) oceniane są na podstawie dokumentacji z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (Tablica Lunda i Browdera).
- 3) **Oparzenia dróg oddechowych** – oparzenia powstałe w wyniku wdychania dymu, gazów lub środków chemicznych, manifestujące się obrzękiem tkanki płucnej, zapaleniem płuc, wymagające leczenia w warunkach szpitalnych i skutkujące pobylem w szpitalu nieprzerwanie przez okres minimum 3 dni pobytu w szpitalu.
- 4) **Rana cięta i szarpana** – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, powstałe wskutek przecięcia skóry lub skóry i położonych głębiej tkanek z wyjątkiem kości; za ranę ciętą w rozumieniu niniejszych warunków nie uważa się ran ciętych będących skutkiem zamierzonego działania leczniczego.

- 5) **Rana miażdżona** – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, charakteryzujące się zmiążdżeniem brzegów rany, utworzeniem głębokiego krwiaka, również z rozległym uszkodzeniem podłoża kostnego.
- 6) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, będąca podstawą do obliczania wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia objętego ochroną niniejszą umową dodatkową.
- 7) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Szwajcarii, Watykanu, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych warunków umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
- 8) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, którego zdrowie jest przedmiotem ochrony na zasadach określonych w umowie dodatkowej.
- 9) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych wskutek wypadku dziecka.
- 10) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu, będące następstwem wypadku; uszczerbek na zdrowiu Allianz ustala na podstawie dokumentacji medycznej.
- 11) **Utrata narządu** – fizyczna utrata narządu lub całkowita i trwała utrata funkcji narządu wskutek wypadku.
- 12) **Wstrząśnienie mózgu** – odwracalne zaburzenie czynności pnia mózgu wskutek urazu, bez uchwytnych zmian anatomicznych, cechujące się krótkotrwałą utratą świadomości i niepamięcią wsteczną, rozpoznane przez lekarza pogotowia lub izby przyjęć.
- 13) **Zabieg operacyjny** – leczenie chirurgiczne przeprowadzone w trakcie hospitalizacji, a według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia skutków wypadku u Ubezpieczonego dziecka określonych w dokumentacji medycznej.
- 14) **Zaopatrzenie chirurgiczne** – opracowanie chirurgiczne rany rozumiane jako jej oczyszczenie, usunięcie tkanek martwiczych i założenie szwów przy użyciu nici chirurgicznych, klamerki lub plastrów chirurgicznych.
- 15) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego dziecka uszczerbku na zdrowiu lub przebyciu przez Ubezpieczonego dziecko zabiegu operacyjnego, będących następstwami wypadku, który wystąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
- 16) **Złamanie** – nagłe przerwanie ciągłości tkanki kostnej wskutek urazu, bez współistnienia tła chorobowego; za złamanie uważa się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?

§ 3.

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej są następstwa wypadków, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego dziecka uszczerbku na zdrowiu lub przebyciu zabiegu operacyjnego przez Ubezpieczonego dziecko, określone na zasadach przewidzianych w niniejszych warunkach.

Dzięki tej umowie dodatkowej otrzymasz wsparcie finansowe w sytuacji, gdy Twoje dziecko dozna wypadku, w wyniku którego utraci sprawność lub będzie konieczne przeprowadzenie zabiegu operacyjnego.

2.

Ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w okresie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

3.

- 1) Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dziecka uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest Ubezpieczonemu dziecku w kwocie stanowiącej procent sumy ubezpieczenia przypisany odpowiednim uszczerbkom na zdrowiu wymienionym w Tabeli powypadkowego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych warunków, maksymalnie jednak do wysokości 100% tej sumy w roku polisowym.
- 2) Świadczenie z tytułu przebycia zabiegu operacyjnego wypłacane jest Ubezpieczonemu dziecku w kwocie stanowiącej procent sumy ubezpieczenia przypisany odpowiednim zabiegom operacyjnym wymienionym w Tabeli zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w wyniku wypadku (stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszych warunków), maksymalnie jednak do wysokości 100% tej sumy w roku polisowym, przy czym:
 - a) świadczenie wypłacane jest pod warunkiem pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu przez minimum 3 dni pobytu w szpitalu w związku z przebyciem zabiegiem operacyjnym,
 - b) świadczenie wypłacane jest za zabieg operacyjny, któremu przypisany jest najwyższy procent sumy ubezpieczenia jeżeli w wyniku jednego wypadku zostanie wykonany więcej niż jeden zabieg operacyjny w obrębie tego samego narządu.

Zapoznaj się z Tabelą oceny powypadkowego uszczerbku na zdrowiu i Tabelą zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w wyniku wypadku stanowiącymi załączniki 1 i 2 do niniejszych warunków.

4.

Ograniczenia odpowiedzialności

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:

- a) działania Ubezpieczonego dziecka pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
- b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczone dziecko było pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierowało zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
- c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczone dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) czynnego udziału Ubezpieczonego dziecka w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach terroru,
- e) uprawiania przez Ubezpieczone dziecko następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
- f) uczestniczenia Ubezpieczonego dziecka w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
- g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- h) poddania się przez Ubezpieczone dziecko leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
- i) zatrucia Ubezpieczonego dziecka substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
- j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- k) wszelkich chorób somatycznych Ubezpieczonego dziecka, w tym zawału serca, udaru mózgu, napadów epileptycznych, stanów drgawkowych lub zaburzeń świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był wypadek,
- l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego dziecka w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
- m) prowadzenia przez Ubezpieczone dziecko pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.

5.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego dziecka podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednio zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
- 2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
 - a) złożenie przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego dziecka oraz podanie przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego dziecka w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć przy zawieraniu umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania. Jest to umowa pięcioletnia, która może być przedłużana na kolejne okresy.

3.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
 - a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 26 lat,
 - b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.
- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy dodatkowej.
- 3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ma ukończonych 25 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za umowę dodatkową.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?

§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy

ubezpieczenia. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję podwyższenia składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Nedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.

Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 6.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:

- dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka,
- kompletna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego dziecka,
- opis okoliczności wypadku,
- notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
- orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
- inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpływnięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

Allianz zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ustalenie wystąpienia uszczerbku na zdrowiu lub zasadność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

3.

W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego dziecka przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym dziecku.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

- umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
- spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Nawet jeżeli zaprzestasz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?

§ 8.

1.

- Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka.
- Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.

Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego dziecka podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postanowienia końcowe
§ 9.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 35/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.

Witold Jaworski
Prezes Zarządu

Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu

Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu

Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Załącznik nr 1

do warunków umowy dodatkowej

– uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne wskutek wypadku dziecka

Tabela powypadkowego uszczerbku na zdrowiu

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenia głowy		
1)	Ubytki w kościach czaszki – o charakterze wgłobień, szczeliny lub fragmentacje, niezależnie od rozległości	5
2)	Złamania podstawy czaszki	15
3)	Złamania nosa	5
4)	Złamania szczęki lub żuchwy	10
5)	Utrata częściowa szczęki lub żuchwy	15
6)	Utrata całkowita szczęki lub żuchwy	35
7)	Amputacja nosa w całości	30
8)	Amputacja skrzydełka nosa	10
9)	Amputacja całkowita małżowiny usznej	15
10)	Amputacja całkowita obu małżowin usznych	30
2. Uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy		
1)	Porażenie połowicze utrwalone	100
2)	Całkowita utrata mowy	100
3. Uszkodzenia narządu wzroku, słuchu		
1)	Utrata wzroku w jednym oku	30
2)	Utrata wzroku w obu oczach	100
3)	Utrata słuchu w jednym uchu	30
4)	Obustronna utrata słuchu	60
4. Uszkodzenia klatki piersiowej		
1)	Złamanie mostka	3
2)	Złamanie żebra w przypadku złamania do 4 żeber (za każde żebro)	1
3)	Złamania więcej niż 4 żeber (niezależnie od ilości)	10
5. Uszkodzenia kręgosłupa		
1)	Złamania kręgosłupa szyjnego w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	5
2)	Złamania kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1 — Th11 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
3)	Złamania kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12 — L5 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
6. Uszkodzenia rdzenia		
1)	Całkowite porażenie czterech kończyn (tetraplegia)	100
2)	Całkowite porażenie obu kończyn dolnych	90
3)	Całkowite porażenie obu kończyn górnych	100
7. Uszkodzenia miednicy		
1)	Złamania miednicy bez przerwania ciągłości obręczy biodrowej	8
2)	Złamania miednicy z przerwaniem ciągłości obręczy biodrowej	20
3)	Złamania panewki stawu biodrowego	10
8. Uszkodzenia kończyn górnych		
1)	Złamania łopatki	4
2)	Złamania obojczyka	4
3)	Amputacja kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70
4)	Amputacja kończyny wraz z łopatką	75
5)	Złamanie trzonu kości ramiennej	10
6)	Amputacja kończyny na poziomie ramienia	65
7)	Amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90
8)	Złamania dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej	7
9)	Amputacja w stawie łokciowym	60
10)	Złamania dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia	8
11)	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia	7

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
12)	Amputacja kończyny w obrębie przedramienia lub nadgarstka	50
13)	Złamania nadgarstka	5
14)	Amputacja dłoni na poziomie nadgarstka	50
15)	Złamania pojedynczej kości śródreżcza	3
16)	Złamania kości śródreżcza – trzech lub więcej	8
17)	Amputacja w zakresie kciuka (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	5
18)	Amputacja paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawnego lub obu paliczków	15
19)	Złamania kciuka	3
20)	Amputacja fragmentu opuszka palca	1
21)	Amputacja w obrębie paliczka palca wskazującego (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	4
22)	Amputacja paliczka paznokciowego i/lub paliczka środkowego	7
23)	Amputacja trzech paliczków	10
24)	Złamania palca wskazującego	3
25)	Amputacja dwóch lub trzech paliczków w zakresie palców III, IV lub V	5
26)	Złamania w obrębie palców dłoni III, IV lub V (za każdy palec)	2
27)	Złamania w obrębie palców jednej dłoni III, IV lub V (dwa lub więcej, bez palca wskazującego)	4
28)	Złamania w obrębie palców jednej dłoni III, IV lub V (dwa lub więcej, w tym palec wskazujący)	6
29)	Amputacja pięciu palców jednej ręki	40
9. Uszkodzenia kończyn dolnych		
1)	Złamania bliższego końca kości udowej (złamania szyjki, złamania przez i podkrętarzowe, złamania krętarzy)	15
2)	Amputacja kończyny dolnej przez wyluszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	75
3)	Amputacja obu kończyn dolnych przez wyluszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	90
4)	Złamania kości udowej	15
5)	Amputacja kończyny na poziomie uda	55
6)	Złamania nasad tworzących staw kolanowy i rzepki	10
7)	Amputacja kończyny na poziomie kolana	50
8)	Złamania jednej lub obu kości podudzia	10
9)	Amputacja kończyny w obrębie podudzia	45
10)	Złamania w obrębie stawu skokowo-goleniowego lub stawu skokowo-piętowego	5
11)	Złamania kości skokowej lub piętowej	5
12)	Złamania kości stępu	4
13)	Złamania kości śródstopia	2
14)	Złamania trzech i więcej kości śródstopia	5
15)	Amputacja stopy w obrębie śródstopia	20
16)	Amputacja stopy w stawie Lisfranca	25
17)	Amputacja stopy w stawie Choparta	30
18)	Amputacja stopy w całości	35
19)	Amputacja obu stóp	70
20)	Amputacja w obrębie paliczka paznokciowego i utrata całego paliczka	3
21)	Amputacja całego palucha	8
22)	Złamania palucha	2
23)	Amputacja w zakresie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	3
24)	Złamania w obrębie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	1,5
25)	Złamania w obrębie palców jednej stopy II, III, IV lub V (dwa lub więcej, bez palucha)	3
26)	Złamania w obrębie palców jednej stopy II, III, IV lub V (dwa lub więcej, w tym paluch)	4
10. Rana cięta, szarpana lub miażdżona		
1)	w obrębie twarzy, szyi, dłoni	2
2)	w obrębie pozostałych części ciała	1
11. Wstrząśnienie mózgu		
		4
12. Oparzenia		
1)	II stopnia (< 2% powierzchni ciała)	2
2)	II stopnia (2-14% powierzchni ciała)	4
3)	II stopnia (15-30% powierzchni ciała)	7
4)	II stopnia (> 30% powierzchni ciała)	30
5)	III stopnia (< 5% powierzchni ciała)	4
6)	III stopnia (5-15% powierzchni ciała)	7
7)	III stopnia (> 15% powierzchni ciała)	30
8)	Dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10

Załącznik nr 2

do warunków umowy dodatkowej

– uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne wskutek wypadku dziecka

Tabela zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w wyniku wypadku

Rodzaj zabiegu operacyjnego		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
1. Zabieg operacyjny oka		
1)	Usunięcie gałki ocznej	50
2)	Operacyjne leczenie urazu gałki ocznej	30
3)	Operacja naprawcza odwarstwienia siatkówki (bez kriopeksji i laseroterapii)	10
2. Zabieg operacyjny nosa		
1)	Operacyjne leczenie złamania kości grzbietu lub nasady nosa	10
3. Zabieg operacyjny czaszki		
1)	Trepanacja czaszki	20
2)	Operacyjne leczenie złamań szczęki	60
3)	Operacyjne leczenie złamań żuchwy	40
4)	Leczenie złamań podstawy czaszki	60
4. Zabieg operacyjny w obrębie klatki piersiowej – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:		
1)	Płuc	80
2)	Przetyku	80
3)	Żeber	10
4)	Mostka	20
5. Zabieg operacyjny w obrębie jamy brzusznej – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:		
1)	Żołądka: resekcja	50
2)	Żołądka: zeszyście	20
3)	Jelita: resekcja	40
4)	Jelita: zeszyście	20
5)	Wątroby	40
6)	Dróg żółciowych zewnątrz wątrobowych (bez pęcherzyka żółciowego)	80
7)	Trzustki	50
8)	Śledziony – usunięcie całkowite	40
9)	Śledziony – zeszyście	20
10)	Usunięcie nerki	50
11)	Zwiadowcze otwarcie jamy brzusznej	20
6. Zabieg operacyjny w obrębie miednicy - Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:		
1)	Cewki moczowej	40
2)	Pęcherza	40
3)	Jądra	20
7. Operacyjne leczenie złamań kości		
1)	Kręgosłupa	80
2)	Obręczy barkowej	40
3)	Miednicy	50
4)	Ramienia	20
5)	Przedramienia	15
6)	Uda	25
7)	Podudzia	20
8)	Obojczyka	10
9)	Śródstopia	10
10)	Stępu	10
11)	Nadgarstka	10
12)	Śródrečza	10
13)	Rzepki	10
14)	Łąkotki	10

Warunki umowy dodatkowej – Allianz Assistance (kod produktu: ASSR)

Umowa dodawana do umowy terminowej lub bezterminowej na życie zapewniająca całodobowy dostęp do pomocy w trudnych sytuacjach.

Czego dotyczy niniejszy dokument?

§ 1.

1.

Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej Allianz Assistance (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.

Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie, zawierana jest odrębna umowa dodatkowa Allianz Assistance. W ramach umowy dodatkowej zawartej na rzecz danego Ubezpieczonego, jego Współmałżonek/Partner i Dziecko mogą korzystać z usług Assistance.

4.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u. Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Ubezpieczonego mają odpowiednie zastosowanie do Współmałżonka/Partnera i Dziecka.

Z pomocy w ramach jednej umowy Assistance możesz korzystać nie tylko Ty ale również współmałżonek lub partner oraz dzieci.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?

§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

- 1) **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance sp. z o.o. – przedstawiciel Allianz świadczący usługi.
- 2) **Choroba przewlekła** – choroba charakteryzująca się powolnym rozwojem lub długookresowym przebiegiem, jeśli:
 - a) zdiagnozowano ją przed zawarciem umowy dodatkowej lub
 - b) z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy dodatkowej.
- 3) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, które nie ukończyło 25 roku życia.
- 4) **Lekarz Centrum Operacyjnego** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego.
- 5) **Miejsce pobytu Ubezpieczonego** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym znajduje się w danym momencie osoba zgłaszająca konieczność skorzystania z usług Assistance.
- 6) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 7) **Poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni.
- 8) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.
- 9) **Osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca wspólnie z Ubezpieczonym lub Współmałżonkiem/Partnerem, która ze względu na zły stan zdrowia,

podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki.

- 10) **Transport medyczny** – zalecony przez lekarza transport z miejsca pobytu do placówki medycznej, z placówki medycznej do miejsca zamieszkania lub pomiędzy placówkami medycznymi, który stosownie do zaleceń lekarza jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia osoby transportowanej, wymaganym środkiem transportu; za transport medyczny nie uważa się transportów na wizyty kontrolne związane z kontynuacją leczenia oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej.
- 11) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa Allianz Assistance.
- 12) **Współmałżonek/Partner** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - a) w związku małżeńskim – w przypadku Współmałżonka,
 - b) w związku nieformalnym – w przypadku Partnera.
- 13) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, powstałe w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, polegające na:
 - a) wystąpieniu u Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmałżonka/Partnera lub Dziecka choroby,
 - b) doznaniu przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmałżonka/Partnera lub Dziecko obrażeń ciała będących następstwem wypadku,
 - c) pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w rozdziale III Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej,
 - d) urodzeniu dziecka przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmałżonka/Partnera.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej?

§ 3.

1.

Allianz świadczy usługi Assistance:

- 1) Ubezpieczonemu,
- 2) Współmałżonkowi/Partnerowi,
- 3) Dziecku/Dzieciom.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest organizacja i pokrycie kosztów usług Assistance wymienionych i zdefiniowanych w Załączniku do niniejszych warunków umowy dodatkowej, świadczonych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

3.

Limity kosztów, określonych w Załączniku do niniejszych warunków umowy dodatkowej, odnoszą się oddzielnie do Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera, każdego Dziecka. W trakcie trwania odpowiedzialności Allianz z tytułu danej umowy dodatkowej limity, określone w Załączniku do niniejszych warunków umowy dodatkowej, mogą być wykorzystywane wielokrotnie, o ile odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

4.

Jeżeli usługa przekroczy limit kosztów określony w Załączniku do niniejszych warunków umowy dodatkowej, może być ona wykonana przez Centrum Operacyjne, o ile osoba wymieniona w § 3 ust. 1, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Allianz limitem. W przypadku objęcia ochroną z tytułu kilku umów dodatkowych limity sumują się.

Usługi organizacji i pokrycia kosztów pomocy świadczone są do pewnych limitów. Limity te są ustalone osobno dla każdej osoby i mogą być wykorzystywane wielokrotnie, jeśli odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

Kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?

§ 4.

1.

Allianz nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:

- 1) działania osoby wymienionej w § 3 ust. 1 pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków przepisanych przez lekarza lecz użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, choroby będącej następstwem spożywania alkoholu;
- 2) czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 3 ust. 1 w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania osoby wymienionej w § 3 ust. 1 na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 3 ust. 1 w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 3 ust. 1 w rozruchach lub zamieszkach albo strajkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 3 ust. 1 w aktach terroru;
- 3) próby samobójstwa, śmierci w wyniku samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę wymienioną w § 3 ust. 1 czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa.

2.

Zakres usług Assistance dodatkowo nie obejmuje:

- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem rozdziału I pkt 13 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej;
- 2) kosztów poniesionych przez osobę wymienioną w § 3 ust. 1 bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4;
- 3) kosztów zakupu leków (Allianz nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
- 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Allianz nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie);
- 5) kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) leczenia eksperymentalnego, o niepotwierdzonej naukowo i medycznie skuteczności i bezpieczeństwie,
 - c) leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego,
 - d) wad wrodzonych,
 - e) następstw wypadków powstałych lub chorób zdiagnozowanych po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - f) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej,
 - g) leczenia, które jest bezpośrednio lub pośrednio wynikiem wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczeń lub skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spalania paliwa jądrowego, azbestoży, działania materiałów nuklearnych,
 - h) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - i) uprawiania przez osobę wymienioną w § 3 ust. 1 następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
 - j) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - k) poddania się przez osobę wymienioną w § 3 ust. 1 leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - l) zdarzeń powstałych w wyniku złamania zakazów i regulacji rządowych (w tym wymogów wizowych),
 - m) poddania się przez osobę wymienioną w § 3 ust. 1 leczeniu nieznanemu w sposób naukowy lub medyczny,
 - n) chorób przenoszonych drogą płciową, AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
 - o) chorób przewlekłych.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową?

§ 5.

1.

Umowa dodatkowa zawierana jest na rzecz danego Ubezpieczonego wraz z zawarciem umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie tego Ubezpieczonego.

Umowa Assistance jest zawierana na rok wraz z umową dodatkową na życie i może być przedłużana na kolejne roczne okresy.

2.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
 - a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 100 lat,
 - b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie,
 - c) do dnia śmierci Ubezpieczonego.
- 2) Umowa dodatkowa 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 dodatkowej.
- 3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona do dnia poprzedzającego najbliższą rocznicę polisy. Od najbliższej rocznicy polisy kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na roczne okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

3.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 71 lat.

4.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 2 pkt 1) i 2), z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

6.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej pobierana jest w ramach opłaty polisowej z umowy podstawowej.

W jaki sposób zgłosić potrzebę skorzystania z pomocy?

§ 6.

1.

W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do usług Assistance, osoba wymieniona w § 3 ust. 1 jest zobowiązana, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum Operacyjnym. Centrum Operacyjne czynnie jest całą dobę.

2.

Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) adres zamieszkania;
- 3) numer polisy;
- 4) okres ubezpieczenia;
- 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
- 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
- 7) inne informacje, o które poprosi pracownik Centrum Operacyjnego, konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług Assistance.

3.

Osoba zgłaszająca konieczność skorzystania z usług Assistance zobowiązana jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć wskazane przez pracownika Centrum Operacyjnego dokumenty, niezbędne do prawidłowego ustalenia zasadności realizacji usług Assistance, na podstawie których przeprowadzane jest postępowanie dotyczące:

- a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia,
- b) zasadności zgłoszonych roszczeń,
- c) wysokości świadczenia,
- d) sposobu przekazania świadczenia.

Listę świadczeń oraz limity, do których wykonywane są usługi znajdziesz w Załączniku do niniejszych warunków.

4.

W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek siły wyższej osoba wymieniona w § 3 ust. 1 nie mogła skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym sama pokryła koszty usług, o których mowa w rozdziale I pkt 2, 3, 4, 5 i 6 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej, Allianz zwraca tej osobie poniesione przez nią koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego najpóźniej w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do usług Assistance i udokumentowania faktu poniesienia tych kosztów. Allianz zwraca koszty jedynie do wysokości limitów wskazanych w rozdziale I pkt 2, 3, 4, 5 i 6 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej.

5.

Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 4, rozumie się:

- 1) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 2 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej – datę zaistnienia potrzeby transportu do odpowiedniej placówki medycznej;
- 2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 3 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej – datę wypisu ze szpitala albo datę wizyty w przychodni lub gabinecie medycznym;
- 3) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 4 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
- 4) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 5 i 6 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

- a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
- b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Postanowienia końcowe
§ 8.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 36/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.

Witold Jaworski
Prezes Zarządu

Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu

Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu

Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Załącznik do warunków umowy dodatkowej – Allianz Assistance

Usługi Assistance:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
I.	UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU, WSPÓŁMAŁŻONKOWI / PARTNEROWI LUB DZIECKU W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY LUB WYPADKU	
1.	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	
W sytuacji gdy osoba wymieniona w tytule rozdziału I w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia Allianz pokrywa koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza.		250 zł
2.	Transport medyczny z osobą bliską z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej	
Transport jest organizowany do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu osoby wymienionej w tytule rozdziału I w placówce medycznej; transport jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia tej osoby utrudnia samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa poniżej lub b) stan zdrowia tej osoby nie pozwala na samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa poniżej; wszelkie zgłoszenia wymagające pilnej interwencji medycznej, za które uważa się: a) zatrucia lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utratę przytomności, omdlenia, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty; b) stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród; c) poważne urazy; d) nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażień i niedowładów; e) ciężką reakcję anafilaktyczną na ukąszenia, leki lub środki spożywcze, traktowane są jako stany zagrożenia życia i winny być zgłaszane bezpośrednio do Pogotowia Ratunkowego.		1500 zł
3.	Transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do miejsca zamieszkania	
Transport jest organizowany w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w tytule rozdziału I przebywa w placówce medycznej; transport jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia tej osoby utrudnia samodzielne poruszanie się lub b) stan zdrowia tej osoby nie pozwala na samodzielne poruszanie się.		1500 zł
4.	Transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej	
Transport jest organizowany w przypadku gdy placówka medyczna, w której przebywa osoba wymieniona w tytule rozdziału I nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy ta osoba skierowana jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej; transport jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia tej osoby utrudnia samodzielne poruszanie się lub b) stan zdrowia tej osoby nie pozwala na samodzielne poruszanie się.		1500 zł
5.	Organizacja procesu rehabilitacyjnego	
Proces rehabilitacyjny jest organizowany jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w tytule rozdziału I zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej. Allianz zapewnia:		
a)	zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizyoterapeuty w domu osoby korzystającej z rehabilitacji, albo	700 zł
b)	zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	700 zł
6.	Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	
Usługa jest organizowana jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w tytule rozdziału I zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu; Allianz:		
a)	organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu osoby, dla której wypożyczono lub zakupiono sprzęt rehabilitacyjny;	500 zł
b)	pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego;	700 zł
c)	zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny.	bez limitu
7.	Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
W sytuacji gdy Ubezpieczony lub Współmałżonek/ Partner przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż trzy dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie następujących kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi lub dziećmi:		
a)	przewozu dzieci pod opieką osoby uprawnionej przez Allianz do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe);	200 zł
b)	przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe);	200 zł
Centrum Operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt 7 ppkt a) i b) po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdy Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia pod wskazanym przez osobę zgłaszającą roszczenie adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 7) ppkt a) lub b), Allianz:		
c)	zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu ich zamieszkania do wysokości podanej obok w tabeli za każdy dzień i maksymalnie do 5 dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;	150 zł/dzień
usługi, o których mowa w pkt 7 ppkt a), b) i c), są realizowane na wniosek Ubezpieczonego lub Współmałżonka/ Partnera i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji gdy w miejscu jego zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.		
8.	Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi w razie ich zachorowania	
W razie choroby osoby niesamodzielnej lub dziecka, potwierdzonej przez lekarza, Allianz organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną. Usługa jest świadczona przez 1 dzień. Świadczenie jest realizowane na wniosek Ubezpieczonego lub Współmałżonka/ Partnera i za jego pisemną zgodą.		200 zł

Usługi Assistance:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
9.	Organizacja prywatnych lekcji W sytuacji gdy dziecko, na podstawie zaświadczenia lekarskiego, będzie musiało przebywać w domu powyżej 7 dni, Allianz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania tego dziecka.	400 zł
10.	Organizacja pobytu przedstawiciela ustawowego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka W sytuacji gdy dziecko jest hospitalizowane, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko lub hotelu przyszpitalnym.	1000 zł
11.	Opieka pielęgniarki po hospitalizacji Jeżeli osoba wymieniona w tytule rozdziału I na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania tej osoby przez okres maksymalnie 5 dni.	1500 zł
12.	Pomoc domowa po hospitalizacji Jeżeli osoba wymieniona w tytule rozdziału I jest hospitalizowana przez okres dłuższy niż 7 dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli osoba ta nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni.	500 zł
13.	Pomoc medyczna za granicą W razie zajścia zdarzenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania osoby wymienionej w tytule rozdziału I Allianz gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu lekarza do miejsca pobytu tej osoby oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w pkt 2. Allianz pokrywa koszty usług wymienionych w zdaniu poprzednim, z możliwością dwukrotnego skorzystania z usług w roku polisowym.	250 euro
II. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU, WSPÓŁMAŁŻONKOWI/PARTNEROWI LUB DZIECKU W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU		
1.	Wizyta lekarska Allianz gwarantuje osobie wymienionej w tytule rozdziału II zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu tej osoby, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w rozdziale I pkt 2.	500 zł
2.	Wizyta pielęgniarki Allianz gwarantuje osobie wymienionej w tytule rozdziału II zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu tej osoby, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w rozdziale I pkt 2.	500 zł
III. ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH UBEZPIECZONEGO, WSPÓŁMAŁŻONKA / PARTNERA LUB DZIECKA		
1.	Pomoc psychologa W trudnych sytuacjach losowych, to jest w razie: a) choroby osoby wymienionej w tytule rozdziału III; b) zgonu dziecka lub urodzenia martwego dziecka; c) poronienia; d) zgonu współmałżonka/ partnera Allianz zapewnia osobie wymienionej w tytule rozdziału III organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu podanego obok w tabeli w odniesieniu do jednej sytuacji losowej. Allianz na prośbę osoby na rzecz której świadczona jest usługa zapewnia również informacje dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.	500 zł
IV. ZDROWOTNE USŁUGI INFORMACYJNE DLA UBEZPIECZONEGO, WSPÓŁMAŁŻONKA/ PARTNERA LUB DZIECKA		
1.	INFOLINIA MEDYCZNA W ramach Infolinii Medycznej Allianz gwarantuje osobie wymienionej w tytule rozdziału IV dostęp do informacji o: a) państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie nagłego zachorowania lub wypadku, b) działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży, c) placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, d) placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, e) niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych, f) dietach, zdrowym żywieniu, g) domach pomocy społecznej, hospicjach, h) aptekach czynnych przez całą dobę. Informacje, o których mowa w pkt a) – h), nie mają charakteru diagnostycznego lub leczniczego.	bez limitu
2.	INFOLINIA ZDROWE ODŻYWIENIE W ramach Infolinii Zdrowe Odżywianie Allianz gwarantuje osobie wymienionej w tytule rozdziału IV dostęp do informacji o: a) dietach dla dzieci, dorosłych, osób starszych, kobiet w ciąży, b) diecie bezglutenowej, c) diecie dla cukrzyków, d) diecie dla osób otyłych, e) zasadach zdrowego odżywiania, f) tabelach kalorycznych, tabelach indeksu glikemicznego, g) zapotrzebowaniu organizmu na witaminy lub mikroelementy w razie choroby, h) funkcjach poszczególnych witamin w organizmie, i) danych teledoresowych lekarzy dietetyków. Informacje, o których mowa w pkt a) – i), nie mają charakteru diagnostycznego lub leczniczego.	bez limitu
3.	INFOLINIA BABY ASSISTANCE W ramach Infolinii Baby Assistance Allianz gwarantuje osobie wymienionej w tytule rozdziału IV dostęp do informacji o: a) objawach ciąży; b) badaniach prenatalnych; c) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu; d) szkołach rodzenia; e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie; f) karmieniu noworodka; g) obowiązkowych szczepieniach dzieci; h) pielęgnacji noworodka. Informacje, o których mowa w pkt a) – h), nie mają charakteru diagnostycznego lub leczniczego.	bez limitu

Usługi Assistance:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
VI.	POMOC UBEZPIECZONEMU LUB WSPÓŁMAŁŻONKOWI/ PARTNEROWI W PRZYPADKU URODZENIA DZIECKA	
1.	Pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem Allianz gwarantuje osobie wymienionej w tytule rozdziału VI zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania osoby na rzecz której świadczona jest usługa w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala; Allianz pokrywa koszty wizyt w odniesieniu do każdego nowonarodzonego dziecka; opieka nad dzieckiem nowonarodzonym obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia; b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka; c) porady w razie problemów z laktacją; d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu; e) edukację w zakresie szczepień ochronnych. 	500 zł

Warunki umowy dodatkowej – Allianz Best Doctors (kod produktu: CA – wariant dla Ubezpieczonego, CAD – wariant dla dziecka)

Umowa, dzięki której w przypadku wskazanych w niniejszych warunkach zachorowań, zyskujesz dostęp do światowych specjalistów, a koszty leczenia w renomowanych zagranicznych klinikach przestają być przeszkodą.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.

Niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Allianz Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową ubezpieczenia) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie Ubezpieczonego lub umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia Allianz Best Doctors (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.

Umowa dodatkowa może zostać zawarta na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro lub na rachunek dziecka własnego lub przysposobionego każdego z tych Ubezpieczonych. Na rachunek każdego Ubezpieczonego lub każdego dziecka zostaje zawarta odrębna umowa.

4.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro, zwane dalej o.w.u.

5.

Wszelkie postanowienia o.w.u. oraz niniejszych warunków dotyczące Ubezpieczonego mają odpowiednie zastosowanie do Ubezpieczonego dziecka.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

- 1) **Best Doctors** – Best Doctors Services S. L. U. (z siedzibą w Hiszpanii, w Calle Almagro Nr 36-1, 28010 Madryt) będący partnerem Allianz, któremu Allianz powierzył prowadzenie obsługi procesu organizacji świadczeń wynikających z umowy dodatkowej.
- 2) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe pod numerem infolinii 800–DOKTOR (800 365 867), czynne przez całą dobę 365 dni w roku, za pośrednictwem którego Best Doctors przyjmuje zgłoszenia roszczeń oraz koordynuje realizację świadczeń z tytułu umowy dodatkowej.
- 3) **Certyfikat leczenia za granicą** – pisemna zgoda wydana przez Best Doctors w imieniu Allianz, na pokrycie kosztów leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego we wskazanej placówce medycznej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, która została wybrana przez Ubezpieczonego spośród placówek wskazanych mu przez Best Doctors.
- 4) **Dawca** – żywy człowiek, od którego pobiera się komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu Ubezpieczonemu.

- 5) **FindBestCare** – świadczenie, w którym Allianz za pośrednictwem Best Doctors wskazuje Ubezpieczonemu informacje o maksymalnie trzech placówkach medycznych kwalifikujących się do przeprowadzenia zaleconego w raporcie eksperta dalszego leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz organizuje i pokrywa koszty (z uwzględnieniem limitów odpowiedzialności Allianz, o których mowa w § 5): leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania, repatriacji zwłok. Świadczenie FindBestCare jest należne Ubezpieczonemu, o ile raport eksperta wydany w ramach świadczenia InterConsultation potwierdzi wystąpienie zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego objętego zakresem ochrony oraz wskaże możliwości dalszego leczenia.
- 6) **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu związany z realizacją świadczeń objętych ochroną w ramach umowy dodatkowej niezbędnych z medycznego punktu widzenia, trwający dłużej niż jeden dzień; w rozumieniu niniejszych warunków dzień hospitalizacji oznacza dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt.
- 7) **InterConsultation** – świadczenie Allianz realizowane za pośrednictwem Best Doctors, polegające na pozyskaniu dla Ubezpieczonego raportu eksperta opartego na analizie dokumentacji medycznej zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, sporządzanego przez lekarza konsultanta.
- 8) **Leczenie operacyjne** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, przeprowadzony podczas hospitalizacji, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla poprawy prawidłowej czynności chorego narządu lub organu.
- 9) **Lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie dla lekarza medycyny, formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym dany lekarz prowadzi praktykę zawodową, wykonującą zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji.
- 10) **Lekarz konsultant** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny, praktykująca poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, uznana za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności; lekarz konsultant dla Ubezpieczonego będzie wskazywany przez Best Doctors, z uwzględnieniem specyfiki zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, specjalności lekarskiej oraz jego doświadczenia.
- 11) **Nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Za datę diagnozy przyjmuje się datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa. Za nowotwór uznaje się również białaczkę i chorobę Hodgkina. Zakres ochrony nie obejmuje:
 - a) nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych, zmian przednowotworowych,
 - b) nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis),
 - c) guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości,
 - d) brodawkowego raka pęcherza moczowego,
 - e) nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka,
 - f) nowotworów współistniejących z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS), w tym mięsaka Kaposiego.
- 12) **Osoba towarzysząca** – osoba odbywająca podróż wraz z Ubezpieczonym i wskazana przez niego do towarzyszenia mu w trakcie leczenia lub podróży.
- 13) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia, gabinet medyczny, praktyka lekarska działające legalnie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
- 14) **Przeszczep od żywego dawcy narządów** – przeszczep Ubezpieczonemu jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu wątroby, płata płuca, fragmentu trzustki, szpiku kostnego (przeszczep autologiczny lub allogeniczny). Zakres ochrony nie obejmuje:
 - a) nieodwracalnej schyłkowej niewydolności przeszczepianego narządu, do której doszło przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej,
 - b) przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste i samoprzeszczepów (autotransplantacji) z wyjątkiem przeszczepu szpiku kostnego,
 - c) przeszczepów od zmarłego dawcy,
 - d) przeszczepów w wyniku alkoholizmu,
 - e) przeszczepów narządów sztucznych,

- f) przeszczepów możliwych do wykonania poprzez zakup narządów dawcy.
- 15) **Proteza** – sztuczne urządzenie uzupełniające brakujące części ciała lub narządu.
- 16) **Raport eksperta** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzana przez lekarza konsultanta w ramach świadczenia InterConsultation, na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej.
- 17) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem miejscowym poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska, ośrodków pomocy społecznej, domu opieki, ośrodków leczenia uzależnień, hospicjów.
- 18) **Transport medyczny** – transport Ubezpieczonego zalecany przez lekarza prowadzącego leczenie, realizowany zgodnie z jego wskazaniami, odpowiednimi dla stanu zdrowia Ubezpieczonego wymagany środkiem transportu. Allianz uznaje zasadność zorganizowania i pokrycia kosztów transportu medycznego w oparciu o zalecenie lekarza prowadzącego leczenie oraz dokumentację medyczną Ubezpieczonego.
- 19) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, którego zdrowie jest przedmiotem ochrony na zasadach określonych w umowie dodatkowej, zwane również Ubezpieczonym.
- 20) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia Allianz Best Doctors.
- 21) **Wada wrodzona** – nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Q00-Q99).
- 22) **Zabieg operacyjny naczyń wieńcowych** – zabieg kardiologiczny przeprowadzony na otwartym sercu polegający na pomostowaniu co najmniej dwóch tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przepływów omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych (by-pass). Rozpoznanie powinno być potwierdzone badaniem angiograficznym. Zakres ochrony obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej. Zakres ochrony nie obejmuje:
- a) zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła naczynia, takich jak angioplastyka, cewnikowanie naczyń oraz wykorzystujących techniki laserowe,
 - b) leczenia urazowych uszkodzeń i/lub wrodzonych zmian aorty,
 - c) leczenia choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej) przy użyciu innej techniki niż by-pass.
- 23) **Zabieg kardiologiczny wymiany zastawki** – operacja kardiologiczna na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegająca na wymianie jednej lub więcej zastawek serca; zakres ochrony obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca, u Ubezpieczonego u którego wada zastawki została wykryta w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, co zostało potwierdzone wynikiem badań hemodynamicznych i echokardiograficznych. Zakres ochrony nie obejmuje:
- 1) zabiegów naprawczych zastawek,
 - 2) zabiegów polegających na wymianie wszczepionej wcześniej zastawki, wymianie zastawki bez otwierania klatki piersiowej (przeszkórne wszczepienie zastawki),
 - 3) leczenia urazowych uszkodzeń lub wrodzonych zmian zastawek serca.
- 24) **Zabieg neurochirurgiczny** – oznaczona dowolną operacją chirurgiczną mózgu i/lub innych struktur wewnątrzczaszkowych. Zakres ochrony nie obejmuje kraniotomii jeżeli jest konsekwencją wypadku.
- 25) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zgłoszenie do Allianz, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, potrzeby skorzystania z świadczenia InterConsultation lub potrzeby leczenia za granicą zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, potwierdzonego raportem eksperta. Zdefiniowany poważny stan chorobowy musi być spowodowany chorobą zdiagnozowaną po raz pierwszy po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
- 26) **Zdefiniowany poważny stan chorobowy** – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego nowotworu lub potrzeby przeprowadzenia zabiegu operacyjnego naczyń wieńcowych lub zabiegu kardiologicznego wymiany zastawki lub zabiegu neurochirurgicznego lub przeszczepu od żywego dawcy narządów.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej?
§ 3.

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej i poza okresem, o którym mowa w ust. 4, Allianz organizuje i pokrywa koszty świadczeń wskazanych w ust. 5 i 6 w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego, wskazanych poniżej zdefiniowanych poważnych stanów chorobowych:

- 1) nowotwór,
- 2) zabieg operacyjny naczyń wieńcowych,
- 3) zabieg kardiologiczny wymiany zastawki,
- 4) zabieg neurochirurgiczny,
- 5) przeszczep od żywego dawcy narządów.

W ramach umowy dodatkowej zapewniamy Ci dwa rodzaje świadczeń:
– świadczenie InterConsultation, dzięki któremu uzyskasz dodatkową opinię na temat swojego stanu zdrowia (tzw. raport eksperta),
– świadczenie FindBestCare, które zapewni Ci organizację oraz pokrycie kosztów w przypadku konieczności podjęcia leczenia w klinice poza Polską.

3.

Zdefiniowanych poważnych stanów chorobowych w rozumieniu niniejszych warunków nie stanowią:

- 1) nowotwory jeżeli zostały zdiagnozowane po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej lub w okresie, o którym mowa w ust. 4;
- 2) zabiegi operacyjne wymienione w ust. 2 pkt 2)-5) jeżeli choroby będące przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów zostały zdiagnozowane po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej lub w okresie, o którym mowa w ust. 4.

4.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 180 dni od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej z tytułu umowy dodatkowej.

5.

InterConsultation

W razie wystąpienia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Allianz, za pośrednictwem Best Doctors, zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń:

- a) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o dokumentacji medycznej niezbędnej do wydania raportu eksperta, a na wniosek Ubezpieczonego zapewnienie pomocy w zebraniu tych dokumentów;
- b) ponowną ocenę histopatologiczną zawierającą (o ile będzie to niezbędne) wykonanie ponownych badań tkanek pobranych uprzednio od Ubezpieczonego;
- c) przetłumaczenia na język obcy zebranej dokumentacji medycznej;
- d) przekazanie przetłumaczonej dokumentacji medycznej do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;
- e) sporządzenia pisemnie raportu eksperta zawierającego:
 - (1) opinię wybranego przez Best Doctors lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia,
 - (2) propozycję planu leczenia zalecanego przez lekarza konsultanta,
 - (3) informacje o doświadczeniach zawodowych i osiągnięciach zawodowych lekarza konsultanta, który sporządził raport eksperta,
 - (4) przetłumaczenie raportu eksperta na język polski,
 - (5) dostarczenie przetłumaczonego raportu eksperta Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego, lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego on się znajduje;
- f) jeżeli lekarz konsultant w raporcie eksperta postawi odmienną diagnozę niż diagnoza wynikająca z dotychczasowego leczenia Ubezpieczonego lub z jego dokumentacji medycznej, Allianz, za pośrednictwem Best Doctors, zapewni organizację i pokrycie kosztów sporządzenia dodatkowej opinii medycznej przez innego lekarza konsultanta oraz przetłumaczenia jej na język polski. Do sporządzonej dodatkowej opinii medycznej, o której mowa w zdaniu poprzednim, stosuje się odpowiednio wszelkie zapisy niniejszych warunków dotyczące raportu eksperta.

6.

FindBestCare

1) Jeśli raport eksperta wydany w ramach świadczenia InterConsultation potwierdzi wystąpienie zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, objętego zakresem ochrony oraz wskaże możliwości dalszego leczenia, Allianz, za pośrednictwem Best Doctors, zapewni organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń:

- a) wskazania Ubezpieczonemu informacji o maksymalnie trzech placówkach medycznych za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, w których dalsze leczenie i konieczna diagnostyka mogą zostać przeprowadzone;
- b) leczenia za granicą zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, zgodnie z pkt 2);

- c) podróży lub transportu medycznego Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej i/lub dawcy, zgodnie z pkt 3);
- d) zakwaterowania Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej i/lub dawcy, zgodnie z pkt 4);
- e) repatriacji zwłok Ubezpieczonego i/lub dawcy, zgodnie z pkt 5).
- 2) Koszty leczenia za granicą
- a) Allianz organizuje i pokrywa niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty leczenia u Ubezpieczonego zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego za granicą do wysokości sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w § 5.
- b) Koszty leczenia za granicą obejmują:
- (1) koszty usług związanych z hospitalizacją Ubezpieczonego, w tym:
- (a) zakwaterowania w pokoju, oddziale lub oddziale intensywnej terapii,
- (b) wyżywienia podczas hospitalizacji,
- (c) usług świadczonych przez przychodnie przyszpitalne,
- (d) koszty dodatkowego łóżka związanego z pobytem osoby towarzyszącej w szpitalu, o ile szpital udostępnia taką usługę,
- (e) wykonania zabiegów na sali operacyjnej,
- (f) opieki anestetycznej obejmującej przygotowanie Ubezpieczonego do znieczulenia, znieczulenie i opiekę nad Ubezpieczonym po zakończeniu znieczulenia,
- (g) lekarstw i środków opatrunkowych użytych podczas hospitalizacji;
- (2) koszty opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas hospitalizacji lub opieki ambulatoryjnej Ubezpieczonego,
- (3) koszty obsługi personelu medycznego zgodnie z zasadami pracy placówki medycznej,
- (4) koszty zabiegów zleconych przez lekarzy w tym: transfuzję krwi, osocza i płynów dożylnych, iniekcji, terapii tlenowej,
- (5) koszty radioterapii, chemioterapii,
- (6) koszty badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych przez lekarza w tym: badań rentgenowskich, elektrokardiograficznych, ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, angiografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych wymaganych w procesie leczniczym,
- (7) koszty zakupu niezbędnych leków lub środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza po leczeniu operacyjnym związanym z leczeniem zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od daty opuszczenia placówki medycznej, o ile poniesiono je przed powrotem na teren Rzeczypospolitej Polskiej (Allianz zwraca Ubezpieczonemu te koszty na zasadach opisanych w § 9),
- (8) w przypadku przeszczepu od dawcy, koszty związane z hospitalizacją dawcy, w tym:
- (a) zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji,
- (b) opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas hospitalizacji,
- (c) obsługi personelu medycznego zgodnie z zasadami pracy szpitala,
- (d) wszystkie zlecone przez lekarza badania laboratoryjno-diagnostyczne,
- (e) postępowanie wyjaśniające w celu potwierdzenia potencjalnego dawcy,
- (f) lekarstw i środków opatrunkowych użytych podczas hospitalizacji,
- (g) operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego dla Ubezpieczonego,
- (h) opieki pooperacyjnej.
- 3) Koszty podróży lub transportu medycznego
- a) Allianz organizuje i pokrywa koszty podróży lub transportu medycznego Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej i/lub dawcy związane z wyjazdem za granicę na leczenie zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego do miejsca, w którym znajduje się placówka medyczna wybrana przez Ubezpieczonego spośród placówek wskazanych przez Best Doctors oraz ich powrót do kraju. Allianz pokrywa koszty do wysokości sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w § 5.
- b) W przypadku zgody udzielonej przez Best Doctors na zorganizowanie podróży przez Ubezpieczonego, osobę towarzyszącą lub/i dawcę we własnym zakresie, Allianz zwraca koszty tej podróży do wysokości sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w § 5, na zasadach opisanych w § 9.
- c) Transport medyczny Ubezpieczonego środkami ratownictwa medycznego organizowany jest jeśli wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego. Transport ten organizowany jest:
- (1) do placówki medycznej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
- (2) na teren Rzeczypospolitej Polskiej; Allianz organizuje transport medyczny do miejsca zamieszkania lub do zakładu opieki zdrowotnej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i pokrywa koszty tego transportu; transport Ubezpieczonego odbywa się po konsultacji z lekarzem prowadzącym leczenie za granicą, dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu.
- 4) Koszty zakwaterowania
- a) Allianz organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej i/lub dawcy związane z ich pobytem w miejscu leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego za granicą. Allianz pokrywa koszty do wysokości sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w § 5.
- b) W przypadku zgody udzielonej przez Best Doctors na zorganizowanie zakwaterowania przez Ubezpieczonego, osobę towarzyszącą i/lub dawcę we własnym zakresie, Allianz zwraca Ubezpieczonemu koszty zakwaterowania do wysokości sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w § 5, na zasadach opisanych w § 9.
- 5) Koszty repatriacji zwłok
- Allianz organizuje i pokrywa, do wysokości sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w § 5, koszty repatriacji zwłok do miejsca pochówku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli Ubezpieczony lub dawca zmarł podczas leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, w tym koszt zakupu trumny przewozowej i balsamowania zwłok.

W jakich sytuacjach ochrona z tytułu umowy dodatkowej nie przysługuje? § 4.

1.

Allianz jest zwolniony z odpowiedzialności z tytułu zdarzenia obejmowanego ochroną na podstawie umowy dodatkowej, jeżeli wystąpienie zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

- 1) następstw wypadków;
- 2) chorób zdiagnozowanych po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej lub w okresie, o którym mowa w § 3 ust. 4, wad wrodzonych lub schorzeń związanych z wadami wrodzonymi Ubezpieczonego i powikłań wynikających z tych stanów;
- 3) choroby zawodowej w rozumieniu ustawy z dn. 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (tj. Dz. U. z 2009 r. nr 167 poz. 1322 z późn. zm.);
- 4) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, choroby będącej następstwem spożywania alkoholu;
- 5) samobójstwa lub próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności;
- 6) zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego lub Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
- 7) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
- 8) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 9) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru;
- 10) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty motorowe lub motorowodne, sporty powietrzne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, speleologia, wspinaczka górską lub skałkowa, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych;
- 11) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych;
- 12) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczalnego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia;
- 13) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 14) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

2.

Allianz nie ponosi odpowiedzialności za:

- 1) organizację i pokrycie kosztów świadczeń dostępnych w ramach FindBestCare jeżeli wcześniej nie został sporządzony dla Ubezpieczonego raport eksperta w ramach świadczenia InterConsultation;
- 2) organizację i pokrycie kosztów leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli Ubezpieczony przebywał poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dłużej niż 91 kolejnych dni kalendarzowych w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem roszczenia z tytułu InterConsultation, chyba że powodem tego pobytu było korzystanie ze świadczeń z tytułu umowy dodatkowej;
- 4) organizację i pokrycie kosztów leczenia w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym), szpitalu rehabilitacyjnym, sanatorium lub uzdrowisku, ośrodku pomocy społecznej, domu opieki, ośrodku leczenia uzależnień, hospicjum;
- 5) pokrycie kosztów zakupu protez, implantów, sztucznych narządów lub organów, soczewek, urządzeń korygujących (w tym zakupu okularów optycznych i szkieł kontaktowych), urządzeń ortopedycznych (w tym obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul, wózków inwalidzkich, łóżka rehabilitacyjnego), materiałów opatrunkowych, peruki, z wyjątkiem pokrycia kosztów leczenia rekonstrukcyjnego z użyciem protez piersiowych z powodu mastektomii i sztucznych zastawek serca;
- 6) pokrycie kosztów zakupu leków i środków opatrunkowych dostępnych bez recepty lub zakupionych poza apteką;
- 7) organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub leczenia w przypadkach zmian otepiennych spowodowanych starością, zmian demielinizacyjnych, naczyniowych i urazowych mózgu, upośledzenia funkcji mózgu skutkującymi zaburzeniami psychicznymi, niezależnie od przyczyny ich wystąpienia i stanu zaawansowania;
- 8) organizację i pokrycie kosztów leczenia alternatywnego, niekonwencjonalnego nawet jeśli zostało przepisane lub zalecane przez lekarza podczas leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego;
- 9) organizację i pokrycie kosztów leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej naukowo i medycznie skuteczności i bezpieczeństwie;
- 10) organizację i pokrycie kosztów leczenia nowotworu lub przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, wymienionego w § 3 ust. 2 pkt 2), 3), 4), jeśli zalecanym w raporcie eksperta sposobem ich leczenia jest przeszczep narządu;
- 11) organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub leczenia zdefiniowanych poważnych stanów chorobowych, które zostały spowodowane przez przeszczep, za wyjątkiem leczenia nowotworu objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej;
- 12) pokrycie kosztów:
 - a) tłumacza i tłumaczenia, za wyjątkiem tłumaczenia związanego ze świadczeniami usług medycznych w trakcie leczenia za granicą oraz za wyjątkiem przetłumaczenia dokumentacji medycznej w ramach świadczenia InterConsultation,
 - b) opłat telefonicznych, za wyjątkiem podejmowanego przez Allianz lub Best Doctors kontaktu z Ubezpieczonym,
 - c) zakupu przedmiotów użytku osobistego,
 - d) wszelkich usług świadczonych osobie towarzyszącej i /lub dawcy, za wyjątkiem świadczeń objętych ubezpieczeniem wymienionych w § 3 ust. 6 pkt. 2) ppkt b)(1)(d), ppkt b)(8), pkt 3) ppkt a)-b), pkt 4), pkt 5);
- 13) organizację i pokrycie kosztów znalezienia dawcy;
- 14) organizację i pokrycie kosztów leczenia w przypadkach nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 15) organizację i pokrycie kosztów poniesionych przed wystawieniem Certyfikatu leczenia za granicą, o którym mowa w § 8 B) ust. 5, jak również kosztów poniesionych w innych placówkach medycznych niż placówka wskazana w Certyfikacie leczenia za granicą zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
- 16) organizację i pokrycie kosztów świadczeń dostępnych w ramach FindBestCare w sytuacji braku możliwości wyjazdu Ubezpieczonego z powodu niespełnienia przez niego wymagań wizowych kraju, w którym siedzibę ma wybrana przez Ubezpieczonego placówka medyczna spośród wskazanych przez Best Doctors.

3.

- 1) Allianz i Best Doctors nie odpowiadają za medyczną poprawność raportu eksperta sporządzonego przez lekarza konsultanta w ramach świadczenia InterConsultation oraz za skutki zastosowania się przez Ubezpieczonego do wskazań wynikających z raportu eksperta. Decyzja o leczeniu za granicą, podjęta w oparciu o raport eksperta, jest samodzielną decyzją Ubezpieczonego i Allianz oraz Best Doctors nie odpowiadają za skutki tej decyzji.
- 2) Allianz i Best Doctors nie odpowiadają za skuteczność i wyniki leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego w ramach świadczeń FindBestCare.

4

Odpowiedzialność Allianz obejmuje wyłącznie świadczenia wskazane w umowie dodatkowej polegające na zorganizowaniu i pokryciu kosztów usług określonych w niniejszych warunkach. Rozmiar doznanych krzywd, cierpień i bólu nie wpływa na zakres świadczonej przez Allianz ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa nie stanowi podstawy do żądania zadośćuczynienia od Allianz lub od Best Doctors za doznane krzywdy, ból, cierpienie fizyczne lub moralne będące skutkiem wystąpienia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, jak również za straty materialne wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy należących do Ubezpieczonego.

5.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić realizacji części lub całości świadczenia, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub w przypadku Ubezpieczonego dziecka jego przedstawiciel ustawowy podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

Jaka jest suma ubezpieczenia umowy dodatkowej oraz limity odpowiedzialności Allianz?

§ 5.

1.

Allianz w danym roku polisowym ponosi odpowiedzialność maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w poniższej tabeli, z uwzględnieniem limitów w niej zawartych.

Opis świadczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia z uwzględnieniem limitów na poszczególne świadczenia
1. Całkowita odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy dodatkowej (w tym koszty podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania, repatriacji zwłok)	1 000 000 euro w roku polisowym (łącznie limit na świadczenia dotyczące Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej oraz dawcy)
a) Koszty podróży lub transportu medycznego	10 000 euro w roku polisowym (łącznie limit na Ubezpieczonego, osobę towarzyszącą oraz dawcę)
b) Koszty zakwaterowania	12 000 euro w roku polisowym (łącznie limit na Ubezpieczonego, osobę towarzyszącą oraz dawcę) nie więcej niż 200 euro za noc (łącznie limit na Ubezpieczonego, osobę towarzyszącą oraz dawcę)
c) Repatriacja zwłok do miejsca pochówku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej	10 000 euro (łącznie limit na Ubezpieczonego i dawcę)

2.

Suma ubezpieczenia wskazana w niniejszej umowie dodatkowej odnosi się do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych mających miejsce w danym roku polisowym.

3.

W razie przedłużania umowy dodatkowej (zgodnie z § 6 ust. 4 pkt 2) na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, górny limit odpowiedzialności Allianz za wszystkie zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu przedłużanej umowy dodatkowej, w całym życiu Ubezpieczonego wynosi 2 000 000 euro (jest to łączny limit na świadczenia dotyczące danego Ubezpieczonego, jego osoby towarzyszącej oraz jego dawcy).

4.

Suma ubezpieczenia oraz limity, o których mowa w ust. 1 wyrażone w euro przeliczane są na waluty, w których poniesiono dany koszt według średniego kursu NBP z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających dzień w którym koszty zostały poniesione.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie są kroki z tym związane?

§ 6.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednio zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.

- 2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
- złożenie przez Ubezpieczonego lub w przypadku Ubezpieczonego dziecka przez jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz podanie przez Ubezpieczonego lub w przypadku Ubezpieczonego dziecka przez jego przedstawiciela ustawowego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania. Jest to umowa roczna, która może być przedłużana na kolejne roczne okresy.

3.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ukończył 60. roku życia lub na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ma ukończonych 25 lat.

4.

- Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
 - do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego dorosłego 65 lat lub do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego dziecko 26 lat,
 - do dnia rocznicy polisy bezpośrednio następującej po wykorzystaniu przez Ubezpieczonego limitu odpowiedzialności Allianz, o którym mowa w § 5 ust. 3,
 - do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie Ubezpieczonego lub odpowiednio umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.
- Umowa dodatkowa 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 nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
- Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona do dnia poprzedzającego najbliższą rocznicę polisy. Od najbliższej rocznicy polisy kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na roczne okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

5.

Ubezpieczony przed zawarciem umowy dodatkowej, upoważnia pisemnie lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o stanie jego zdrowia, w tym udostępnienia pełnej dokumentacji medycznej, dotyczącej jego stanu zdrowia, a Best Doctors do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących jego stanu zdrowia (a w szczególności do uzyskiwania dokumentacji medycznej), u każdego lekarza, u którego zasięgał bądź będzie zasięgał porad lub przez którego był lub będzie badany lub leczony.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 4 pkt 1) i 2), z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu przedłużenia.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?
§ 7.

1.

Składka ochronna z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej zależnych od wieku Ubezpieczonego. Wysokość składki ochronnej uzależniona jest również od występowania ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 3 ust. 4 i § 10 ust 2.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4, wysokość składki ochronnej w poszczególnych rocznych okresach ubezpieczenia jest stała. Kwota składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy

4.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnym rocznym okresie ubezpieczenia. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy doręczy Ubezpieczającemu propozycję podwyższenia składki ochronnej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed rocznicą polisy pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużeniu umowy dodatkowej na następny roczny okres ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 4 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny roczny okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

Kiedy i na jakiej podstawie realizowane są świadczenia?
§ 8.

Jeśli zdiagnozowano u Ciebie zdefiniowany poważny stan chorobowy zadzwoń na numer infolinii: 800 365 867.

Musisz ocenić samodzielnie lub w porozumieniu ze swoim lekarzem czy świadczenia przewidziane w umowie dodatkowej odpowiadają Twoim potrzebom.

A) InterConsultation

1.

W celu uzyskania świadczenia InterConsultation, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors.

2.

Zgłaszając się do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors Ubezpieczony powinien podać następujące dane:

- imię i nazwisko;
- adres zamieszkania;
- numer polisy;
- okres obejmowania ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej;
- numer telefonu do kontaktu zwrotnego.

3.

Centrum Obsługi Klienta Best Doctors poinformuje Ubezpieczonego o czynnościach i wymaganych dokumentach niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia, odpowiedzialności Allianz i realizacji świadczeń. Formularze, które Ubezpieczony zobowiązany jest wypełnić celem uzyskania świadczenia zostaną przesłane na adres zamieszkania Ubezpieczonego podany podczas telefonicznej rozmowy Ubezpieczonego z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors.

4.

Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors wypełnione formularze doręczone mu przez Best Doctors oraz pełną dokumentację medyczną, dotyczącą zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, w związku z wystąpieniem którego Ubezpieczony wnioskuje o sporządzenie raportu eksperta. Centrum Obsługi Klienta na prośbę i za zgodą Ubezpieczonego zapewni pomoc w zebraniu tych dokumentów. Raport eksperta zostanie przygotowany w oparciu o informacje przekazane przez Ubezpieczonego oraz/lub jego lekarzy.

5.

W ciągu 30 dni liczonych od daty zawiadomienia Centrum Obsługi Klienta Best Doctors o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Obsługi Klienta Best Doctors doręczy Ubezpieczonemu raport eksperta wraz z informacją czy Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wystąpienia z wnioskiem o realizację świadczenia FindBestCare.

6.

Gdyby w terminie wskazanym w ust. 5 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do wydania raportu eksperta okazało się niemożliwe, w tym z powodu niedostarczenia przez Ubezpieczonego do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors wypełnionych formularzy doręczonych mu przez Best Doctors lub z powodu nieuzyskania przez Best Doctors pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego,

dla którego Ubezpieczony wnioskuje o sporządzenie raportu eksperta albo z powodu wystąpienia konieczności pozyskania dodatkowej opinii medycznej, o której mowa w § 3 ust 5 pkt f), Centrum Obsługi Klienta Best Doctors dostarczy Ubezpieczonemu raport eksperta wraz z informacją czy Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wystąpienia z wnioskiem o realizację świadczenia FindBestCare w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

B) FindBestCare

1.

Jeśli raport eksperta wydany w ramach świadczenia InterConsultation potwierdzi wystąpienie zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, objętego zakresem ochrony z tytułu umowy dodatkowej, a Ubezpieczony zdecyduje się na leczenie poważnego stanu chorobowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Ubezpieczony musi skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i powiadomić o swojej decyzji w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Centrum Obsługi Klienta Best Doctors poinformuje Ubezpieczonego o czynnościach i wymaganych dokumentach niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia, odpowiedzialności Allianz i realizacji świadczeń dostępnych w ramach FindBestCare. Formularze, które Ubezpieczony zobowiązany jest wypełnić celem uzyskania świadczenia zostaną przesłane na adres zamieszkania Ubezpieczonego podany podczas telefonicznej rozmowy Ubezpieczonego z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors.

3.

W celu realizacji świadczenia FindBestCare Ubezpieczonemu zostaną przez Best Doctors przedstawione maksymalnie trzy placówki medyczne kwalifikujące się do przeprowadzenia zaleconego w raporcie eksperta leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej. Ubezpieczony ma prawo wyboru jednej z przedstawionych przez Best Doctors placówek medycznych w ciągu 3 miesięcy od daty otrzymania raportu, w którym wskazane zostały placówki medyczne. W przypadku zawiadomienia Centrum Obsługi Klienta Best Doctors o swoim wyborze po upływie 3 miesięcy od daty otrzymania raportu, Ubezpieczony zobowiązany jest wystąpić z ponownym wnioskiem o uaktualnienie raportu eksperta w ramach świadczenia InterConsultation.

4.

Best Doctors po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o wyborze placówki medycznej spośród placówek przedstawionych przez Best Doctors, organizuje leczenie w placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczonego oraz organizuje pozostałe świadczenia dostępne w ramach FindBestCare.

5.

- 1) Decyzję Allianz o pokryciu kosztów leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, w wybranej przez Ubezpieczonego placówce medycznej, potwierdza doręczany Ubezpieczonemu za pośrednictwem Best Doctors Certyfikat leczenia za granicą. Wystawienie Certyfikatu leczenia za granicą potwierdza wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego i oznacza gotowość Allianz do pokrycia kosztów leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego zgodnie z treścią Certyfikatu oraz z zakresem umowy dodatkowej.
- 2) Certyfikat leczenia za granicą zachowuje ważność, w zakresie leczenia w nim wskazanego, przez okres 3 miesięcy od daty jego wystawienia. Po upływie 3 miesięcy od daty wystawienia Certyfikatu Ubezpieczony zobowiązany jest wystąpić z ponownym wnioskiem o uaktualnienie raportu eksperta w ramach świadczenia InterConsultation.
- 3) Ubezpieczonemu doręczane są wraz z Certyfikatem leczenia za granicą dokumenty zawierające niezbędne informacje dotyczące organizacji leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego za granicą (tzw. pakiet powitalny).

6.

Certyfikat leczenia za granicą doręczany jest Ubezpieczonemu w ciągu 30 dni liczonych od daty zawiadomienia Centrum Obsługi Klienta Best Doctors o decyzji Ubezpieczonego, o której mowa w ust. 1.

7.

Gdyby w terminie wskazanym w ust. 6 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do organizacji świadczeń FindBestCare okazało się niemożliwe, w tym z powodu niedostarczenia przez Ubezpieczonego do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors wypełnionych formularzy doręczonych mu przez Best Doctors lub oczekiwania na wybór przez Ubezpieczonego placówki medycznej spośród przedstawionych przez Best Doctors, Centrum Obsługi Klienta Best Doctors zorganizuje świadczenia (co potwierdzi Certyfikat

leczenia za granicą) w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, organizacja świadczeń dotyczących opieki medycznej była możliwa.

8.

Jeżeli świadczenie InterConsultation lub FindBestCare nie przysługuje, Allianz za pośrednictwem Best Doctors poinformuje o tym pisemnie Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę zorganizowania i pokrycia kosztów leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.

Kiedy i na jakich warunkach Ubezpieczony otrzymuje zwrot poniesionych kosztów?

§ 9.

1.

Ubezpieczony uprawniony jest do otrzymania zwrotu następujących poniesionych kosztów:

- 1) zakupu niezbędnych leków lub środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza po leczeniu operacyjnym związanym z leczeniem zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od daty opuszczenia placówki medycznej, o ile poniesiono je przed powrotem na teren Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) podróży zorganizowanej przez Ubezpieczonego, osobę towarzyszącą lub dawcę na leczenie zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego;
- 3) zakwaterowania zorganizowanego przez Ubezpieczonego, osobę towarzyszącą lub dawcę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.

2.

W celu uzyskania zwrotu kosztów Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors.

3.

Zwrot kosztów dokonywany jest w złotych polskich stanowiących równowartość kwot wyrażonych w walucie, w której zostały one poniesione według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu poniesienia tych kosztów. Zwrot kosztów jest realizowany maksymalnie do wysokości limitów określonych w § 5.

4.

Zwrot kosztów następuje w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania przez Centrum Obsługi Klienta Best Doctors żądania o ich zwrot.

5.

Gdyby w terminie wskazanym w ust. 4 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz wypłaca w terminie przewidzianym w ust. 4.

6.

Podstawą do zwrotu kosztów jest przedstawienie przez Ubezpieczonego dowodów ich poniesienia wykazujących jaki towar lub usługę nabyto oraz wysokość kosztu z tego tytułu poniesionego.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?

§ 10.

1.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznymi spełnionymi następującymi warunkami:

- a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
- b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

2.

Po wznowieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te nowotwory, które zostały zdiagnozowane po raz pierwszy po upływie 180 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej oraz tylko te zabiegi operacyjne wymienione w § 3 ust. 2 pkt 2)-5), jeżeli choroby będące przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów zostały zdiagnozowane po raz pierwszy po upływie 180 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej.

Pamiętaj, nawet jeżeli zaprzestasz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Postanowienia końcowe

§ 11.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 37/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 1 czerwca 2014 roku.



Witold Jaworski
Prezes Zarządu



Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu



Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro

Załącznik do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan na dziś i jutro

§ 1. Postanowienia ogólne

1.
Niniejszy Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro (dalej: „Regulamin”) określa zasady i cele funkcjonowania ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, oferowanych i tworzonych przez TU Allianz Życie Polska S.A. w ramach umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro, zgodnie z Ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

2.
W ramach umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro dostępne są następujące ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe:

- 1) Fundusze z grupy A:
 - a) Fundusz Pieniężny,
 - b) Fundusz Polskich Obligacji Skarbowych,
 - c) Fundusz Obligacji,
 - d) Fundusz Obligacji Globalnych,
 - e) Fundusz Stabilnego Wzrostu,
 - f) Fundusz Aktywnej Aloкации,
 - g) Fundusz Dynamiczny,
 - h) Fundusz Akcji Plus,
 - i) Fundusz Selektywny,
 - j) Fundusz Akcji Małych i Średnich Spółek,
 - k) Fundusz Akcji Globalnych,
 - l) Fundusz Energetyczny.
- 2) Fundusze z grupy B, wskazane w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro.
- 3) Fundusze będące Portfelami Modelowymi:
 - a) Portfel Stabilnego Wzrostu,
 - b) Portfel Dynamiczny,
 - c) Portfel Aktywnej Aloкации.

3.
W sprawach nieregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają odpowiednio zapisy Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan na dziś i jutro, dalej zwanych „o.w.u.”.

4.
Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro Ubezpieczającemu doręczany jest niniejszy Regulamin oraz aktualny **Wykaz Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro** oraz aktualny **Wykaz funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych**.

§ 2. Definicje

1.
Terminy używane w niniejszym Regulaminie oznaczają:
- 1) **Dzień rejestracji** – dzień roboczy, w którym następuje rejestracja zgłoszonego roszczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub dyspozycji, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt 1, w systemie obsługi polis Allianz. Jest nim:
 - a) 5 dzień roboczy licząc od daty wpłynięcia zgłoszenia roszczenia lub odpowiedniej dyspozycji do Centrali Allianz jeśli wysyłana jest ona na adres Centrali Allianz lub składana bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz albo licząc od daty złożenia dyspozycji za pośrednictwem e-serwis lub infolinii Allianz (o ile udostępniono możliwość składania danych dyspozycji za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość),
 - b) 10 dzień roboczy licząc od daty złożenia zgłoszenia roszczenia lub odpowiedniej dyspozycji w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.
 - 2) **Dzień wyceny** – dzień, w którym ustalana jest wartość jednostki Funduszu, tj. każdy dzień regularnej sesji na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A.
 - 3) **Fundusz (ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy)** – wydzielona rachunkowo część aktywów Allianz, tworzona ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia. Fundusze dzielą się na Fundusze z grupy A, Fundusze z grupy B oraz Portfele Modelowe.
 - 4) **fundusz inwestycyjny** – fundusz lub subfundusz inwestycyjny zarządzany przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych.

- 5) **Instrumenty Rynku Pieniężnego** – rozumie się przez to papiery wartościowe lub prawa majątkowe inkorporujące wyłącznie wierzytelności pieniężne:
 - a) o terminie realizacji praw nie dłuższym niż 397 dni liczonym od dnia ich wystawienia lub od dnia ich nabycia, lub
 - b) które regularnie podlegają dostosowaniu do bieżących warunków panujących na rynku pieniężnym w okresach nie dłuższych niż 397 dni – oraz co do których istnieje podaż i popyt umożliwiające ich nabywanie i zbywanie w sposób ciągły na warunkach rynkowych, przy czym przejściowa utrata płynności przez papier wartościowy lub prawo majątkowe nie powoduje utraty przez ten papier lub prawo statusu instrumentu rynku pieniężnego.
- 6) **Portfel Modelowy** – utworzony przez Allianz ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, którego aktywa inwestowane są w zestaw jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych wskazanych w Wykazie funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych oraz depozyty bankowe.
- 7) **strona internetowa Allianz** – www.allianz.pl
- 8) **Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych (TFI)** – spółka akcyjna z siedzibą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała zezwolenie Komisji Nadzoru Finansowego na wykonywanie działalności polegającej na tworzeniu funduszy inwestycyjnych i zarządzaniu nimi, w tym pośrednictwie w zbywaniu i odkupywaniu jednostek uczestnictwa oraz reprezentowaniu ich wobec osób trzecich.
- 9) **Uczestnik Funduszu (Uczestnik)** – Ubezpieczający, na rzecz którego nabyte zostały jednostki uczestnictwa, pochodzące ze składek podstawowych lub doraźnych z umowy ubezpieczenia zawartej z Allianz.
- 10) **Wartość Aktywów Netto (WAN)** – całkowita wartość aktywów Funduszu z grupy A lub Portfela Modelowego, pomniejszona o jego zobowiązania.

2.
Pozostałe terminy użyte w Regulaminie mają znaczenie nadane im w o.w.u.

§ 3. Wycena jednostki uczestnictwa i aktywów Funduszy

1.
1) Każdy Fundusz podzielony jest na jednostki o jednakowej wartości.
2) Jednostki nie mogą być zbywane na rzecz osób trzecich.
2.
1) Cena jednostki uczestnictwa Funduszu ustalana jest każdorazowo w Dniu wyceny. W przypadku, gdy wskutek okoliczności niezależnych od Allianz w danym Dniu wyceny nie będzie możliwa wycena jednostek, Allianz dokona wyceny jednostek w pierwszym Dniu wyceny następującym po ustaniu tychże okoliczności.
2) Cena jednostki uczestnictwa:
 - a) dla Funduszu z grupy A – równa jest Wartości Aktywów Netto Funduszu z grupy A podzielonej przez liczbę wszystkich jednostek uczestnictwa Funduszu z grupy A w danym Dniu wyceny;
 - b) dla Funduszu z grupy B – równa jest określonej przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych cenie jednostki uczestnictwa poszczególnych funduszy inwestycyjnych, w które lokowane są środki Funduszy z grupy B;
 - c) dla Portfela Modelowego – równa jest Wartości Aktywów Netto Portfela Modelowego podzielonej przez liczbę wszystkich jednostek uczestnictwa Portfela Modelowego w danym Dniu wyceny.
- 3) Cena jednostki danego Funduszu z grupy B ustalona w Dniu wyceny obowiązuje do dnia poprzedzającego następną Dzień wyceny wyłącznie.
4) Allianz zastrzega sobie prawo dokonania korekty wyceny.
5) Cena jednostki uczestnictwa wyznaczana jest z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.
6) Allianz informuje Uczestników Funduszu o cenie jednostki uczestnictwa nie rzadziej niż raz w miesiącu. Wyceny Funduszy są publikowane na stronie internetowej Allianz.
3.
1) Wartość Aktywów Netto Funduszu z grupy A oraz Portfela Modelowego ustala się odejmując od całości aktywów zobowiązania obciążające Fundusz z grupy A oraz Portfel Modelowy, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 2) i § 7 ust. 2 pkt 1), przy czym wartość aktywów i zobowiązań Funduszu z grupy A oraz Portfeli Modelowych wycenia Allianz na podstawie wartości rynkowej według ich stanu w Dniu wyceny.

- 2) Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu z grupy B wyceniane są na mocy zasad wskazanych w odpowiednim prospekcie informacyjnym funduszu inwestycyjnego, w który lokowane są środki Funduszu z grupy B.
- 3) Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu wyznaczana jest z dokładnością do jednego grosza.

4.

Fundusz nie może zbywać swoich aktywów:

- 1) członkom Zarządu lub Rady Nadzorczej Allianz,
- 2) osobom zatrudnionym w Allianz,
- 3) osobom pozostającym z osobami wymienionym w punkcie 1) i 2) w związku małżeńskim, stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa.

5.

Fundusz nie może nabywać aktywów od któregośkolwiek podmiotu wymienionego w § 3 ust. 4.

§ 4.

Terminy i zasady nabycia jednostek uczestnictwa

1.

Zasady dotyczące nabycia jednostek uczestnictwa oraz alokacji składki regulują zapisy niniejszego paragrafu oraz odpowiednie postanowienia o.w.u.

2.

Jednostki uczestnictwa nabywane są ze środków pochodzących ze składek podstawowych lub doraźnych opłacanych z tytułu umów ubezpieczenia.

3.

- 1) Nabycie jednostek uczestnictwa danego Funduszu za wpłatą składki podstawową następuje według ceny jednostki, nie później niż z 5. Dnia wyceny, licząc od następnego dnia roboczego po dniu, w którym łącznie spełnione zostały poniższe warunki:
 - a) została wystawiona polisa,
 - b) składka podstawowa stała się wymagalna,
 - c) zapłacono składkę podstawową.
- 2) Nabycie jednostek uczestnictwa danego Funduszu za wpłatą składki doraźną następuje według ceny jednostki, nie później niż z 5. Dnia wyceny, licząc od następnego dnia roboczego po dacie zapłaty składki doraźnej.
- 3) Nabycie jednostek uczestnictwa danego Funduszu z tytułu realizacji dyspozycji przeniesienia środków następuje według ceny jednostki, nie później niż z 5. Dnia wyceny, licząc od następnego dnia roboczego po dniu umorzenia jednostek uczestnictwa Funduszu, z którego przeniesienie środków następuje.
- 4) Nabycie jednostek uczestnictwa danego Funduszu z tytułu realizacji dyspozycji wznowienia umowy następuje według ceny jednostki, nie później niż z 5. Dnia wyceny, licząc od następnego dnia roboczego po dniu zarejestrowania wznowienia w systemie obsługi polis Allianz.

4.

Liczbę zakupionych jednostek uczestnictwa ewidencjonuje się na właściwym rachunku jednostek:

- a) dla Funduszu z grupy A oraz Portfela Modelowego – z dokładnością do 4 miejsc po przecinku,
- b) dla Funduszu z grupy B – z taką dokładnością miejsc po przecinku z jaką ewidencjonowane są jednostki danego funduszu inwestycyjnego, zgodnie z jego statutem.

§ 5.

Terminy i zasady umorzeń jednostek uczestnictwa

1.

Zasady dotyczące umorzenia jednostek uczestnictwa regulują zapisy niniejszego paragrafu oraz odpowiednie postanowienia o.w.u.

2.

- 1) Umorzenie jednostek uczestnictwa następuje według ceny jednostki, nie później niż w 5. Dniu wyceny licząc od następnego dnia roboczego po Dniu rejestracji dyspozycji: wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, przeniesienia środków, wykupu polisy lub częściowego wykupu polisy w systemie obsługi polis Allianz.
- 2) Umorzenie jednostek uczestnictwa w razie wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego następuje według ceny jednostki, nie później niż w 5. Dniu wyceny licząc od następnego dnia roboczego po Dniu rejestracji zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz, z zastrzeżeniem pkt 3).
- 3) W razie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego po upływie 90 dni od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej składki podstawowej, o ile umowa nie przekształci się w ubezpieczenie bezskładkowe, wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek liczona jest według ceny

jednostki, nie później niż z 5. Dnia wyceny licząc od następnego dnia roboczego po dniu wskazanego powyżej 90-dniowego terminu.

3.

Jeżeli w dniu rejestracji w systemie obsługi polis Allianz dyspozycji Ubezpieczającego dotyczącej: wypowiedzenia umowy, przeniesienia środków, wykupu polisy lub częściowego wykupu polisy, istnieją inne dyspozycje Ubezpieczającego w trakcie realizacji, uniemożliwiające wykonanie nowej dyspozycji, wówczas Allianz zrealizuje złożone dyspozycje według kolejności ich wpływu. W takiej sytuacji terminy rejestracji poszczególnych dyspozycji określone w § 2 ust. 1 pkt 1) ulegają wydłużeniu i będą liczone począwszy od dnia, w którym upłynął termin rejestracji poprzedniej dyspozycji.

4.

Liczbę umorzonych jednostek uczestnictwa określa się:

- a) dla Funduszu z grupy A oraz Portfela Modelowego – z dokładnością do 4 miejsc po przecinku,
- b) dla Funduszu z grupy B – z taką dokładnością miejsc po przecinku z jaką ewidencjonowane są jednostki danego funduszu inwestycyjnego, zgodnie z jego statutem.

§ 6.

Tworzenie i likwidacja Funduszu

1.

- 1) W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz jest uprawniony do tworzenia nowych lub likwidacji oferowanych Funduszy, w tym do wycofywania ich z oferty.
- 2) Aktualna lista oferowanych przez Allianz Funduszy z grupy B zawarta jest w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajduje się na stronie internetowej Allianz.

2.

- 1) W przypadku likwidacji Funduszu, nie później niż w terminie 30 dni przed datą planowanej likwidacji, Allianz zawiadamia Uczestnika likwidowanego Funduszu o:
 - a) nazwie likwidowanego Funduszu,
 - b) dacie likwidacji Funduszu,
 - c) terminie w jakim można złożyć wniosek o przeniesienie środków z likwidowanego Funduszu oraz wniosek o zmianę alokacji składki.
- 2) Dodatkowo informacja o likwidacji Funduszu zamieszczana jest na stronie internetowej Allianz.

3.

Jeżeli do daty likwidacji Funduszu jego Uczestnik nie wskaże innego Funduszu, do którego przenosi jednostki uczestnictwa likwidowanego Funduszu, z datą likwidacji zostaną one przeniesione do Funduszu, którego cel inwestycyjny oraz zasady lokowania aktywów są, zgodnie z najlepszą wiedzą Allianz, najbardziej zbliżone do celu inwestycyjnego oraz zasad lokowania aktywów likwidowanego Funduszu.

4.

Jeżeli do daty likwidacji Funduszu jego Uczestnik nie zmieni dyspozycji alokacji składki, Allianz alokuje część składki wpłacaną do likwidowanego Funduszu na zasadach opisanych w ust. 3.

5.

Jeżeli w terminie 14 dni przed dniem likwidacji Funduszu Ubezpieczający złoży dyspozycję przeniesienia środków bądź zmiany alokacji składki, która miałaby skutkować nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu, Allianz odmówi realizacji takiej dyspozycji, informując o tym Ubezpieczającego.

6.

- 1) W przypadku utworzenia nowego Funduszu Allianz poinformuje o tym Ubezpieczającego. Informacja o utworzeniu nowego Funduszu zamieszczona zostanie na stronie internetowej Allianz.
- 2) Warunkiem określenia alokacji składki do nowego Funduszu lub złożenia dyspozycji przeniesienia środków do nowego Funduszu jest zapoznanie się przez Ubezpieczającego z aktualnym brzmieniem Regulaminu, uwzględniającym zasady lokowania aktywów nowego Funduszu, a w przypadku Funduszy z grupy B dodatkowo z Wykazem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro, a także z prospektem informacyjnym funduszu inwestycyjnego, w którego jednostki są inwestowane aktywa nowo tworzonego Funduszu.
- 3) Jeśli nowym funduszem jest Portfel Modelowy warunkiem określenia alokacji składki do nowego Portfela Modelowego lub złożenia dyspozycji przeniesienia środków do nowego Portfela Modelowego jest zapoznanie się przez Ubezpieczającego z aktualnym Wykazem funduszy

inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych oraz aktualnym brzmieniem Regulaminu.

§ 7.

Koszty obciążające Fundusz

1.

1. Działalność Funduszu z grupy A jest finansowana bezpośrednio z aktywów Funduszu oraz ze środków Allianz zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej oraz umowami ubezpieczenia z Uczestnikami Funduszu.
2. Bezpośrednio z aktywów Funduszu z grupy A finansowane są:
 - 1) koszty związane z realizacją transakcji nabycia i zbycia aktywów Funduszu, stanowiące równowartość opłat ponoszonych na rzecz osób trzecich, z których pośrednictwa Fundusz jest zobowiązany korzystać na mocy odrębnych przepisów,
 - 2) koszty zarządzania Funduszem przez Allianz odpowiadające wysokości wynagrodzenia pobieranego przez Allianz (zwanego: „opłata za zarządzanie”).
3. Allianz pobiera opłatę za zarządzanie Funduszem z grupy A zgodnie z postanowieniami § 17 ust. 1 pkt 5) o.w.u. w wysokości (w skali roku):

Fundusz Pieniężny	1,5%
Fundusz Polskich Obligacji Skarbowych	2,0%
Fundusz Obligacji	2,0%
Fundusz Obligacji Globalnych	1,5%
Fundusz Stabilnego Wzrostu	2,0%
Fundusz Aktywnej Alokacji	2,0%
Fundusz Dynamiczny	2,0%
Fundusz Akcji Plus	3,0%
Fundusz Selektywny	3,0%
Fundusz Akcji Małych i Średnich Spółek	3,0%
Fundusz Akcji Globalnych	3,0%
Fundusz Energetyczny	3,5%

4. Koszty działalności Funduszu z grupy A, które nie są pokrywane bezpośrednio z aktywów Funduszu, są ponoszone przez Allianz.

2.

1. Bezpośrednio z aktywów Portfela Modelowego finansowane są koszty związane z realizacją transakcji nabycia i zbycia aktywów Portfela Modelowego, stanowiące równowartość opłat ponoszonych na rzecz osób trzecich, z których pośrednictwa Portfela Modelowego jest zobowiązany korzystać na mocy odrębnych przepisów.
2. Aktywa Portfela Modelowego obciążone są pośrednio opłatą za zarządzanie lub administrację, pobieraną przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, z uwagi na inwestowanie przez Portfele Modelowe głównie w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, których ceny uwzględniają opłaty za zarządzanie lub administrację. Wysokość opłaty za zarządzanie lub administrację, pobieranej przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, wskazana jest w statucie lub prospekcie informacyjnym poszczególnych funduszy inwestycyjnych.
3. Za administrowanie Portfelem Modelowym, Allianz pobiera opłatę administracyjną w wysokości 0,9% w skali roku, na zasadach opisanych w § 17 ust. 1 pkt 4) o.w.u., do których Regulamin stanowi załącznik.

3.

1. Aktywa Funduszu z grupy B obciążone są pośrednio opłatą za zarządzanie lub administrację, pobieraną przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, z uwagi na inwestowanie przez Fundusze z grupy B jedynie w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, których ceny uwzględniają wskazane opłaty za zarządzanie lub administrację. Wysokość opłaty za zarządzanie lub administrację, pobieranej przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, wskazana jest w statucie lub prospekcie informacyjnym poszczególnych funduszy inwestycyjnych.
2. Za administrowanie Funduszem z grupy B, Allianz pobiera opłatę administracyjną w wysokości 0,7% w skali roku, na zasadach opisanych w § 17 ust. 1 pkt 4) o.w.u., do których Regulamin stanowi załącznik.

4.

Allianz może czasowo obniżyć wysokość opłat, o których mowa w ust. 1 pkt 3, ust. 2 pkt 3 i ust. 3 pkt 2. Informacja o aktualnej wysokości tych opłat i okresie obowiązywania danej stawki znajduje się na stronie internetowej Allianz oraz można ją uzyskać korzystając z infolinii Allianz.

§ 8.

Cel inwestycyjny Funduszy z grupy A

1. Celem inwestycyjnym Funduszy z grupy A jest wzrost wartości aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat.

2. Allianz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego, określonego w pkt 1), w żadnym z Funduszy z grupy A wymienionych w § 1 ust. 2 pkt 1).
3. Wyniki Funduszy z grupy A osiągnięte w przeszłości nie stanowią podstawy do oczekiwania przyszłych wyników inwestycyjnych tych Funduszy.
4. Inwestycje w Fundusze z grupy A są obciążone ryzykiem utraty przynajmniej części zainwestowanych środków.
5. Ryzyka inwestycyjne związane z inwestowaniem w wybrane Fundusze z grupy A, ponosi Ubezpieczający, z zastrzeżeniem ust. 2. Charakterystykę ryzyk inwestycyjnych określają postanowienia § 15.

§ 9.

Charakterystyka aktywów i kategorie dopuszczalnych lokat Funduszy z grupy A

1.

Aktywa Funduszy z grupy A mogą być inwestowane w następujące kategorie lokat:

- 1) akcje, warranty subskrypcyjne, prawa do akcji, prawa poboru, kwity depozytowe; na zasadach określonych w ust. 2,
- 2) listy zastawne, dłużne papiery wartościowe oraz Instrumenty Rynku Pieniężnego; na zasadach określonych w ust. 2,
- 3) depozyty bankowe,
- 4) instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne; na zasadach określonych w ust. 3,
- 5) jednostki uczestnictwa, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze inwestycyjne, w tym fundusze zagraniczne oraz instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą,
- 6) waluty.

2.

Dokonując lokat w kategorii lokat, o których mowa w ust. 1 pkt 1)- 2) aktywa Funduszy z grupy A inwestowane są w:

- 1) papiery wartościowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
- 2) papiery wartościowe i Instrumenty Rynku Pieniężnego dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub w państwie członkowskim, a także na rynku zorganizowanym niebędącym rynkiem regulowanym w Rzeczypospolitej Polskiej lub innym państwie członkowskim, a także na rynku zorganizowanym w państwie OECD innym niż Rzeczpospolita Polska i państwo członkowskie na następujących rynkach:
 - a) Australia: ASX (Australian Securities Exchange), oraz Sydney Futures Exchange,
 - b) Filipiny: The Philippine Stock Exchange (PSE),
 - c) Hong Kong: Hong Kong Exchanges and Clearing Limited (HKEx) oraz Hong Kong Futures Exchange (HKF);
 - d) Indonesia: Indonesia Stock Exchange (IDX);
 - e) Islandia: NASDAQ OMX Iceland;
 - f) Japonia: Nagoya Stock Exchange, Osaka Securities Exchange, Tokyo Stock Exchange;
 - g) Kanada: The Montreal Exchange /Bourse de Montreal, TSX (Toronto Stock Exchange);
 - h) Korea Południowa: Korea Exchange;
 - i) Malaysia: Bursa Malaysia;
 - j) Meksyk: Mexico Stock Exchange (Bolsa Mexicana de Valores);
 - k) Norwegia: Oslo Bors (Oslo Stock Exchange),
 - l) Nowa Zelandia: New Zealand Exchange Ltd;
 - ł) Południowa Afryka: Johannesburg Stock Exchange (JSE);
 - m) Singapur: Singapore Exchange (SGX);
 - n) Stany Zjednoczone Ameryki: New York Stock Exchange (NYSE), NASDAQ, NZSE Mkt LLC, CBOT (Chicago Board of Trade), CBOE (Chicago Board Options Exchange), CME (Chicago Mercantile Exchange), ISE (International Securities Exchange), ICE Futures U.S., ICE (Intercontinental Exchange), NYMEX (New York Mercantile Exchange), NYSE Arca, NASDAQ OMX PHLX;
 - o) Szwajcaria: SIX Swiss Exchange;
 - p) Tajlandia: Stock Exchange of Thailand (SET), Thailand Futures Exchange (TFEX);
 - r) Turcja: Borsa Istanbul, Turkdex Derivatives Exchange;
 - s) Vietnam: Hanoi Stock Exchange (HNX), Ho Chi Minh Stock Exchange (HSX).
- 3) papiery wartościowe i Instrumenty Rynku Pieniężnego, inne niż określone w punktach powyższych, przy czym łączna wartość tych lokat nie może przewyższać 10% Wartości Aktywów Netto danego Funduszu z grupy A.

3.

Fundusze z grupy A mogą inwestować swoje aktywa w instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne, zarówno w celu zapewnienia sprawnego zarządzania portfelem inwestycyjnym Funduszu z grupy A jak i w celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego.

§ 10.

Polityka inwestycyjna, kryteria doboru lokat, zasady dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne Funduszy z grupy A

1.

Fundusz Pieniężny

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów Funduszu, przede wszystkim, w krótkoterminowe instrumenty dłużne, emitowane lub gwarantowane głównie przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski, a także w inne instrumenty dłużne papiery wartościowe zapewniające konkurencyjne oprocentowanie, emitowane przez inne podmioty o najwyższej wiarygodności. Maksymalny, ważony wartością lokat, czas trwania tych lokat (duration) nie może być dłuższy niż 1 rok. Udział listów zastawnych, dłużnych papierów wartościowych, instrumentów rynku pieniężnego oraz depozytów bankowych w Wartości Aktywów Netto Funduszu będzie zawierał się w przedziale od 70% do 100% Wartości Aktywów Netto tego Funduszu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest ochrona realnej wartości Aktywów tego Funduszu.
- 3) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 4) Aktywa Funduszu Pieniężnego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt. 2-5.
- 5) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w papiery wartościowe lub Instrumenty Rynku Pieniężnego wyemitowane przez jeden podmiot.
- 6) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 5) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również do lokat w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 7) Ponadto Allianz może inwestować aktywa Funduszu w instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne w celu zapewnienia sprawnego zarządzania portfelem inwestycyjnym Funduszu jak i w celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Pieniężnego pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

2.

Fundusz Polskich Obligacji Skarbowych

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny Funduszu Polskich Obligacji Skarbowych poprzez inwestowanie aktywów Funduszu w dłużne papiery wartościowe, w tym w szczególności w obligacje i bony skarbowe oraz Instrumenty Rynku Pieniężnego emitowane przez Skarb Państwa. Allianz może inwestować aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Aktywa Funduszu Polskich Obligacji Skarbowych mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 2-5.
- 4) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 5) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 4) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 6) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Polskich Obligacji Skarbowych pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych

otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

3.

Fundusz Obligacji

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów w średnio- i długoterminowe instrumenty dłużne emitowane przez przedsiębiorstwa oraz emitowane i gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski, rządy państw członkowskich, a także innych państw należących do OECD, również z wykorzystaniem instrumentów pochodnych. Ponadto aktywa mogą być inwestowane w dłużne papiery wartościowe emitowane przez inne niż wskazane w zdaniu poprzednim podmioty. Allianz może inwestować Aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 4) Aktywa Funduszu Obligacji mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt. 1-5.
- 5) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 6) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 5) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 7) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 punkt 1), mogą stanowić do 10% Wartości Aktywów Netto Funduszu Obligacji.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Obligacji pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

4.

Fundusz Obligacji Globalnych

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie do 100% aktywów w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych otwartych, tytuły uczestnictwa oraz certyfikaty inwestycyjne funduszy zagranicznych lub tytuły uczestnictwa instytucji wspólnego inwestowania mających siedzibę za granicą. Dobór instrumentu finansowego dokonywany jest na podstawie oceny czy strategia lub polityka inwestycyjna przyjęta w regulaminie danego funduszu inwestycyjnego lub instytucji wspólnego inwestowania opiera się na inwestowaniu co najmniej połowy aktywów w dłużne papiery wartościowe dopuszczone do obrotu na rynku zorganizowanym w państwie innym niż Rzeczpospolita Polska; połączonej z oceną sytuacji makroekonomicznej tego rynku, który jest przedmiotem ich lokat w danym czasie, w szczególności: poziomu stóp procentowych, poziomu wzrostu gospodarczego oraz poziomu inflacji. Dodatkowo Allianz może inwestować do 40% aktywów Funduszu Obligacji Globalnych w obligacje, bony skarbowe oraz Instrumenty Rynku Pieniężnego oraz w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Aktywa Funduszu Obligacji Globalnych mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt. 1-5.
- 4) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 5) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 4) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:

- a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Obligacji Globalnych pod warunkiem, że aktywa emitujących je funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz Obligacji Globalnych zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w niniejszym Regulaminie.

5.

Fundusz Stabilnego Wzrostu

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów Funduszu w akcje, obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe, obligacje zamienne i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Stabilnego Wzrostu będzie się zawierał w przedziale od 0% do 40%. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu Stabilnego Wzrostu inwestowane są w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Proporcje między lokatami aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały papiery wartościowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu ustalane są na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Stabilnego Wzrostu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 40% Wartości Aktywów Netto Funduszu Stabilnego Wzrostu.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Stabilnego Wzrostu pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

6.

Fundusz Aktywnej Alokacji

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów Funduszu w akcje, obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe, obligacje zamienne i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Aktywnej Alokacji będzie się zawierał w przedziale od 0% do 80%. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu inwestowane są w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości Aktywów Funduszu

w długim horyzoncie inwestycyjnym. Fundusz inwestuje zarówno w akcje największych spółek o solidnych fundamentach i Fundusz charakteryzuje się brakiem sztywnych zasad dywersyfikacji lokat oraz dużą zmiennością rodzaju lokat posiadanych w portfelu.

- 3) Proporcje między lokatami aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Aktywnej Alokacji mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt. 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 80% Wartości Aktywów Netto Funduszu Aktywnej Alokacji.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Aktywnej Alokacji pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

7.

Fundusz Dynamiczny

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie Aktywów Funduszu w akcje, obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Dynamicznego będzie się zawierał w przedziale od 60% do 100%. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu inwestowane są w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Proporcje między lokatami aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały papiery wartościowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu ustalane są na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Dynamicznego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Dynamicznego.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Dynamicznego pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem

lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

8.

Fundusz Akcji Plus

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów Funduszu w akcje i obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Plus będzie się zawierał w przedziale od 70% do 100%. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu inwestowane są przede wszystkim w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym. Fundusz inwestuje przede wszystkim w akcje oraz inne instrumenty oparte o akcje spółek notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., charakteryzujących się solidnymi fundamentami i dobrymi perspektywami rozwoju.
- 3) Proporcje między lokatami aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Akcji Plus mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt. 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Plus.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Plus pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

9.

Fundusz Selektyny

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie w akcje, obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Selektynego będzie się zawierał w przedziale od 70% do 100%. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu inwestowane są przede wszystkim w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości Aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym. Allianz inwestuje aktywa Funduszu przede wszystkim w akcje spółek niedowartościowanych, biorąc pod uwagę prognozowane wyniki finansowe oraz kształtowanie się w przyszłości podstawowych wskaźników giełdowych. Allianz lokuje aktywa tego Funduszu w akcje spółek, co do których istnieje wysokie prawdopodobieństwo wzrostu wyceny rynkowej ze względu na sytuację fundamentalną, atrakcyjność branży, w której prowadzą działalność, skład akcjonariatu czy będących potencjalnym celem przejęcia.

- 3) Proporcje między lokatami aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Selektynego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt. 1-5.
- 6) Allianz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Selektynego.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Selektynego pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

10.

Fundusz Akcji Małych i Średnich Spółek

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie w akcje i obligacje zamienne małych i średnich spółek oraz inne instrumenty oparte o akcje tych spółek takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Małych i Średnich Spółek będzie się zawierał w przedziale od 70% do 100%. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu inwestowane są przede wszystkim w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym. Fundusz inwestuje przede wszystkim w akcje oraz inne instrumenty oparte o akcje małych i średnich spółek, przez które to rozumie się spółki, których waga w indeksie WIG jest mniejsza niż 2%.
- 3) Proporcje między lokatami Aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Akcji Małych i Średnich Spółek mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Małych i Średnich Spółek.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Małych

i Średnich Spółek pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

11.

Fundusz Akcji Globalnych

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów Funduszu w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych otwartych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych oraz tytuły uczestnictwa instytucji wspólnego inwestowania mających siedzibę za granicą, wybierane na podstawie oceny czy strategia lub polityka inwestycyjna przyjęta w regulaminie danego funduszu inwestycyjnego lub instytucji wspólnego inwestowania opiera się na inwestowaniu co najmniej połowy aktywów w akcje dopuszczone do obrotu na rynku zorganizowanym w państwie innym niż Rzeczypospolita Polska. Udział tych inwestycji instrumentów finansowych w aktywach Funduszu będzie się zawierał w przedziale od 60% do 100%. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu inwestowane są w akcje i obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje, takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe listy zastawne lub instrumenty pochodne. Allianz może inwestować aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Proporcje między lokatami Funduszu w dane instrumenty finansowe stanowiące aktywa Funduszu uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Akcji Globalnych mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt. 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczypospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Globalnych pod warunkiem, że aktywa emitujących je funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz Akcji Globalnych zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w niniejszym Regulaminie

12.

Fundusz Energetyczny

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie co najmniej 60% aktywów Funduszu Energetycznego w akcje i inne instrumenty finansowe, spółek, które prowadzą działalność w zakresie poszukiwania lub pozyskiwania energii ze źródeł alternatywnych, w szczególności z gazu łupkowego i ropy naftowej z łupków, energii wiatrowej, energii wodnej, energii prądów morskich, pływów lub falowania, energii słonecznej, biogazu i biomasy. W ramach limitu określonego w zdaniu poprzedzającym aktywa Funduszu Energetycznego inwestowane są również w akcje spółek prowadzących działalność w zakresie szeroko rozumianego dostarczania technologii oraz elementów infrastruktury związanej z transportem, wytwarzaniem lub przetwarzaniem energii gazu i ropy; jak również w akcje spółek prowadzących działalność w zakresie wytwarzania urządzeń do pozyskania, transportu i przetwarzania energii gazu i ropy, spółek zajmujących się transportem energii, gazu lub ropy oraz spółek w innych sektorach, dla których koszty energii stanowią znaczną część kosztów produkcji. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu Energetycznego inwestowane są przede wszystkim w instrumenty dłużne, w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane

przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.

- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym. Fundusz inwestuje przede wszystkim w akcje i inne instrumenty finansowe spółek, co do których istnieje wysokie prawdopodobieństwo wzrostu wyceny rynkowej ze względu na ich sytuację fundamentalną, dobrą perspektywę rozwoju lub atrakcyjność działalności danej spółki. Ponadto aktywa Funduszu inwestowane są w takie spółki które wykazują dobrą relację wyceny na danym rynku regulowanym w stosunku do wartości fundamentalnej spółki, które prowadzą rzetelną politykę informacyjną, i mogą, według kryteriów określonych przez Fundusz, osiągnąć co najmniej 10-procentowy zwrot z kapitału poprzez koncentrowanie się na zyskowych i innowacyjnych przedsiębiorstwach.
- 3) Proporcje między lokatami Funduszu w dane instrumenty finansowe stanowiące aktywa Funduszu, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Aktywa Funduszu Energetycznego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt. 1-5.
- 5) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 6) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczypospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 7) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Energetycznego.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 2), mogą stanowić do 40% Wartości Aktywów Netto Funduszu Energetycznego.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Energetycznego pod warunkiem, że aktywa emitujących je funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz Energetyczny zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w niniejszym Regulaminie

§ 11.

Zmiana zasad lokowania aktywów Funduszu z grupy A

1.

W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz jest uprawniony do zmiany zasad lokowania aktywów oferowanych Funduszy z grupy A (tj. polityki inwestycyjnej, kryteriów doboru lokat, zasad dywersyfikacji lub innych ograniczeń inwestycyjnych określonych w Regulaminie).

2.

- 1) W przypadku zmiany zasad lokowania aktywów Funduszu z grupy A, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 30 dni przed datą planowanej zmiany, Allianz zawiadamia Uczestnika o terminie i prowadzonych zmianach. Dodatkowo informacja o zmianie zamieszczana jest na stronie internetowej Allianz.
- 2) Warunkiem określenia alokacji składki do zmienionego Funduszu lub złożenia dyspozycji przeniesienia środków do zmienionego Funduszu jest zapoznanie się przez Ubezpieczającego z aktualnym brzmieniem Regulaminu, uwzględniającym nowe zasady lokowania aktywów zmienionego Funduszu.

§ 12.

Charakterystyka aktywów oraz cel, strategia i polityka inwestycyjna Funduszy z grupy B

1.

Jedynymi aktywami wchodzącymi w skład Funduszu z grupy B są nabyte przez ten Fundusz jednostki uczestnictwa stosownego funduszu inwestycyjnego. Aktywa Funduszu z grupy B mogą stanowić wyłącznie jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego i jest to jedyne kryterium doboru aktywów Funduszu.

2.

Celem inwestycyjnym Funduszy z grupy B jest wzrost wartości ich aktywów w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna Funduszy z grupy

B jest tożsama z polityką inwestycyjną odpowiednich funduszy inwestycyjnych zarządzanych przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, w które lokowane są środki Funduszy z grupy B i określona została w ich statutach.

3.

Wszystkie Fundusze z grupy B dostępne w ramach umowy ubezpieczenia zostały wskazane w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro.

4.

Szczegółowe zasady lokowania środków funduszu inwestycyjnego, obejmujące w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład funduszu inwestycyjnego, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne są zawarte w odpowiednim prospekcie informacyjnym funduszu inwestycyjnego, w który lokowane są środki Funduszu z grupy B. Aktualne na dzień dokonania inwestycji prospekty informacyjne funduszy inwestycyjnych dostępne są na stronach internetowych odpowiednich Towarzystw Funduszy Inwestycyjnych zarządzających danym funduszem inwestycyjnym, wskazanych w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro.

5.

Allianz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego Funduszy z grupy B.

6.

Inwestycje w Fundusze z grupy B są obciążone ryzykiem utraty przynajmniej części zainwestowanych środków. Stopa zwrotu z jednostek uczestnictwa z poszczególnych Funduszy z grupy B uzależniona jest od stopy zwrotu z jednostek funduszy inwestycyjnych, w które inwestuje dany Fundusz z grupy B.

7.

Ryzyka inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłacanych składek w jednostki uczestnictwa poszczególnych Funduszy z grupy B ponosi Ubezpieczający. Charakterystyka ryzyk inwestycyjnych opisana jest w § 15 oraz w prospektach informacyjnych poszczególnych funduszy inwestycyjnych.

8.

Wyniki Funduszy z grupy B osiągnięte w przeszłości nie stanowią podstawy do oczekiwania przyszłych wyników inwestycyjnych tych Funduszy.

§ 13.

Charakterystyka aktywów oraz cel, strategia i polityka inwestycyjna Portfeli Modelowych

1.

- Jedynymi aktywami wchodzącymi w skład ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego będącego Portfelem Modelowym są nabyte przez ten Fundusz jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
- Aktualna lista funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych zawarta jest w Wykazie funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych i znajduje się na stronie internetowej Allianz.
- Przy konstrukcji poszczególnych Portfeli Modelowych brany jest przede wszystkim pod uwagę cel inwestycyjny danego Portfela Modelowego oraz zakładany poziom ryzyka inwestycyjnego. Dobór funduszy inwestycyjnych oraz udział poszczególnych funduszy inwestycyjnych w danym Portfelu Modelowym jest uzależniony między innymi od:
 - oceny aktualnej sytuacji rynkowej i jej perspektyw,
 - strategii inwestycyjnej danego funduszu inwestycyjnego i sposobu jej realizacji,
 - osiąganych przez fundusze inwestycyjne wyników inwestycyjnych (w różnych okresach porównawczych),
 - kwalifikacji i doświadczenia zarządzających poszczególnymi funduszami inwestycyjnymi.
- W celu zapewnienia płynności maksymalnie 20% aktywów Portfela Modelowego może być lokowane w depozyty bankowe.
- W sytuacji kiedy wartość depozytów, o których mowa w pkt. 4, nie wystarcza na zrealizowanie, w terminach określonych w Regulaminie, dyspozycji Ubezpieczającego skutkującej wycofaniem środków z Portfela Modelowego, Allianz zastrzega sobie prawo do:
 - zaciągnięcia, wyłącznie w bankach krajowych lub instytucjach kredytowych, pożyczki lub kredytu o terminie spłaty do jednego miesiąca, w łącznej wysokości nie przekraczającej 20% wartości aktywów Portfela Modelowego w chwili zawarcia umowy pożyczki lub kredytu,
 - wydłużenia terminu realizacji dyspozycji, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt. 1, do 10 dni roboczych, licząc od następnego dnia po Dniu rejestracji dyspozycji w systemie obsługi polis Allianz.

2.

Charakterystyka Portfeli Modelowych

2.1. Portfel Stabilnego Wzrostu

- Celem inwestycyjnym Portfela Stabilnego Wzrostu jest uzyskanie długoterminowego wzrostu wartości lokowanych środków przy ograniczonym poziomie ryzyka inwestycyjnego.
- W skład Portfela Stabilnego Wzrostu mogą wchodzić jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych wymienionych w Wykazie funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych z uwzględnieniem następujących ograniczeń:

	Minimalny udział w Portfelu Stabilnego Wzrostu	Maksymalny udział w Portfelu Stabilnego Wzrostu
fundusze inwestycyjne akcyjne	20%	40%
fundusze inwestycyjne dłużne	60%	80%
depozyty bankowe	0%	20%

2.2. Portfel Aktywnej Alokacji

- Celem inwestycyjnym Portfela Aktywnej Alokacji jest ochrona kapitału w okresach dekonunktury na rynkach akcji oraz możliwie wysoki wzrost wartości lokowanych środków w okresach wzrostu cen akcji.
- W skład Portfela Aktywnej Alokacji mogą wchodzić jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych wymienionych w Wykazie funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych z uwzględnieniem następujących ograniczeń:

	Minimalny udział w Portfelu Aktywnej Alokacji	Maksymalny udział w Portfelu Aktywnej Alokacji
fundusze inwestycyjne akcyjne	0%	100%
fundusze inwestycyjne dłużne	0%	100%
depozyty bankowe	0%	20%

2.3. Portfel Dynamiczny

- Celem inwestycyjnym Portfela Dynamicznego jest uzyskanie możliwie wysokiego wzrostu wartości lokowanych środków w długim horyzoncie czasowym przy podwyższonym ryzyku inwestycyjnym.
- W skład Portfela Dynamicznego mogą wchodzić jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych wymienionych w Wykazie funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych z uwzględnieniem następujących ograniczeń:

	Minimalny udział w Portfelu Dynamicznym	Maksymalny udział w Portfelu Dynamicznym
fundusze inwestycyjne akcyjne	80%	100%
fundusze inwestycyjne dłużne	0%	20%
depozyty bankowe	0%	20%

3.

Allianz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego Portfeli Modelowych. Inwestycje w Portfele Modelowe są obciążone ryzykiem utraty przynajmniej części zainwestowanych środków.

4.

Wyniki Portfeli Modelowych osiągnięte w przeszłości nie stanowią podstawy do oczekiwania przyszłych wyników inwestycyjnych tych Portfeli.

5.

Ryzyka inwestycyjne związane z inwestowaniem w wybrane Portfele Modelowe ponosi Ubezpieczający. Charakterystykę ryzyk inwestycyjnych określają postanowienia § 15.

§ 14.

Zmiana zasad lokowania aktywów Portfela Modelowego

1.

W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz jest uprawniony do zmiany zasad lokowania aktywów oferowanych Portfeli Modelowych (tj. polityki inwestycyjnej, kryteriów doboru lokat, zasad dywersyfikacji lub innych ograniczeń inwestycyjnych określonych w Regulaminie).

2.

- W przypadku zmiany zasad lokowania aktywów Portfela Modelowego, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 30 dni przed datą planowanej zmiany, Allianz zawiadamia Uczestnika o terminie i wprowadzanych zmianach. Dodatkowo informacja o zmianie zamieszczana jest na stronie internetowej Allianz.
- Warunkiem określenia alokacji składki do zmienionego Portfela Modelowego lub złożenia dyspozycji przeniesienia

środków do zmienionego Portfela Modelowego jest zapoznanie się przez Ubezpieczającego z aktualnym brzmieniem Regulaminu, uwzględniającym nowe zasady lokowania aktywów zmienionego Portfela Modelowego oraz z aktualnym Wykazem funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych

§ 15.

Charakterystyka ryzyk inwestycyjnych związanych z inwestycjami w Fundusze

Inwestowanie składek w jednostki Funduszy wiąże się z następującymi rodzajami ryzyk inwestycyjnych:

1. **Ryzyko rynkowe** związane ze zmianami otoczenia gospodarczego, politycznego lub prawnego oraz ogólnej koniunktury panującej na rynkach finansowych. Wskazane okoliczności wpływają na ceny instrumentów finansowych. Najważniejsze czynniki ryzyka rynkowego to ryzyko stopy procentowej i ryzyko rynku akcji. Ryzyko stopy procentowej oznacza możliwość takiej zmiany wysokości stóp procentowych, która będzie prowadziła do zmniejszenia się wartości poszczególnych dłużnych instrumentów finansowych, a tym samym także zmniejszenia się wartości aktywów Funduszu. Zależność cen dłużnych instrumentów finansowych od rynkowych stóp procentowych jest odwrotna do kierunku zmian stóp procentowych. Wraz ze spadkiem rynkowych stóp procentowych ceny dłużnych instrumentów finansowych rosną, a przy wzroście stóp procentowych ceny dłużnych instrumentów finansowych spadają. Ryzyko rynku akcji to możliwość niekorzystnej zmiany wartości akcji. Na ryzyko rynku akcji składają się: ryzyko systematyczne całego rynku akcji, ryzyko branży oraz ryzyko specyficzne konkretnego emitenta akcji. Ryzyko systematyczne zależy od sytuacji makroekonomicznej, ryzyko branży polega na spadku popytu, zmianach technologicznych, czy wzroście konkurencji w ramach danej branży, natomiast ryzyko specyficzne jest związane z inwestowaniem w akcje poszczególnych emitentów akcji. Zmiany w systemie prawnym, w tym podatkowym, mogą narazić Uczestników Funduszy na możliwość ponoszenia dodatkowych obciążeń, które w sposób znaczący mogą negatywnie wpływać na realizowane przez Uczestnika stopy zwrotu z inwestycji w jednostki uczestnictwa.
2. **Ryzyko kredytowe** związane jest z możliwością trwałej lub czasowej utraty przez emitentów zdolności do wywiązywania się z zaciągniętych zobowiązań, w tym również z trwałą lub czasową niemożnością zapłaty odsetek od zobowiązań. Sytuacja taka może mieć miejsce w następstwie pogorszenia się kondycji finansowej emitenta spowodowanego zarówno czynnikami wewnętrznymi emitenta, jak i uwarunkowaniami zewnętrznymi (takimi jak parametry ekonomiczne, otoczenie prawne lub polityczne). Pogorszenie się kondycji finansowej emitenta znajduje swoje odzwierciedlenie w spadku cen dłużnych papierów wartościowych wyemitowanych przez ten podmiot, a także może prowadzić do spadku cen akcji tego podmiotu. W skład tej kategorii ryzyka wchodzi również ryzyko związane z obniżeniem ratingu kredytowego emitenta przez agencję ratingową i wynikający z niego spadek cen dłużnych papierów wartościowych będący następstwem wymaganej przez inwestorów wyższej premii za ryzyko.
3. **Ryzyko rozliczeniowe** to ryzyko poniesienia straty z tytułu nieterminowego rozliczenia lub braku rozliczenia transakcji dotyczących składników aktywów Funduszu. Nieterminowe rozliczenie lub brak rozliczenia transakcji może w przypadku negatywnego zachowania się cen papierów wartościowych wpływać na spadki wartości jednostki uczestnictwa. Dotyczy to szczególnie transakcji na rynku międzybankowym (OTC) oraz transakcji na rynkach, na których nie funkcjonuje system rozliczeń nadzorowanych przez niezależną izbę rozliczeniową (gdzie stosowana jest zasada transferu papierów wartościowych bez płatności).
4. **Ryzyko płynności** inwestycji to ryzyko wynikające z braku możliwości zakupu lub zbycia instrumentu finansowego w krótkim czasie bez znacznego wpływu na jego cenę. W przypadku nagłych zmian na rynku przeprowadzanie transakcji może wiązać się z dodatkowymi kosztami.
5. **Ryzyko walutowe** to możliwość zmiany wysokości kursów walutowych, które mogą niekorzystnie wpłynąć na wielkość inwestycji denominowanych w walutach obcych. Wahanie kursu złotego względem walut obcych mogą przekładać się na wahanie wartości jednostki uczestnictwa. W wypadku inwestycji w instrumenty finansowe denominowane w walutach obcych możliwe jest podejmowanie działań mających na celu ograniczanie ryzyka inwestycyjnego związanego ze zmianą kursów walut obcych, w tym także poprzez zawieranie umów mających za przedmiot instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne. Jednak ze względu na charakter tych transakcji nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie tego ryzyka.

6. **Ryzyko związane z koncentracją aktywów Funduszu**, które polega na tym, że znaczna część aktywów zarządzanych przez Fundusze zostanie ulokowana w jeden instrument finansowy lub w jeden sektor rynku, a w razie wystąpienia zmiany ceny tego instrumentu finansowego lub zmiany koniunktury w tym sektorze rynku może to wpłynąć negatywnie na oczekiwaną stopę zwrotu z inwestycji.
7. **Ryzyko związane z możliwością zawieszenia podawania do publicznej wiadomości:**
 - a) **wyceny wartości jednostki uczestnictwa danego funduszu inwestycyjnego, w który inwestuje Fundusz z grupy B lub Portfel Modelowy**, spowodowane brakiem możliwości ustalenia wartości aktywów tego funduszu inwestycyjnego. Zawieszenie może wynikać z zawieszenia obrotu na giełdzie, gdzie notowane są instrumenty finansowe wchodzące w skład aktywów funduszu inwestycyjnego lub z braku możliwości ustalenia wartości godziwej istotnej części aktywów danego funduszu inwestycyjnego. Dodatkowo, w razie wystąpienia takiej sytuacji Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych zarządzające danym funduszem inwestycyjnym może podjąć decyzję o zawieszeniu odkupowania jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego, co będzie oznaczać dla Uczestników danego Funduszu brak możliwości natychmiastowego zamknięcia inwestycji,
 - b) **wyceny wartości instrumentów finansowych, w które inwestuje Fundusz z grupy A** – zawieszenie może wynikać z zawieszenia obrotu na giełdzie, gdzie notowane są instrumenty finansowe lub z braku możliwości ustalenia wartości godziwej instrumentu finansowego. Dodatkowo, w razie wystąpienia takiej sytuacji Allianz może podjąć decyzję o zawieszeniu odkupowania jednostek uczestnictwa tego Funduszu z grupy A, co będzie oznaczać dla Uczestników danego Funduszu z grupy A brak możliwości natychmiastowego zamknięcia inwestycji.
8. **Ryzyko otwarcia likwidacji funduszu inwestycyjnego**, którego jednostki uczestnictwa są przedmiotem lokat Funduszy. Fundusze inwestycyjne ulegają rozwiązaniu po wystąpieniu przesłanek określonych w Ustawie z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych lub statutach funduszy inwestycyjnych.
9. **Ryzyko inflacji** występujące z uwagi na fakt, iż poziom inflacji ma zasadniczy wpływ na wielkość realnej stopy zwrotu z inwestycji w jednostki uczestnictwa. Może się zdarzyć, że z uwagi na wysoki poziom inflacji realna stopa zwrotu z inwestycji w jednostki uczestnictwa okaże się ujemna, pomimo tego, że nominalna stopa zwrotu z inwestycji w te jednostki uczestnictwa będzie dodatnia. W związku z tym Uczestnik Funduszu narażony jest na ryzyko utraty realnej wartości inwestycji.

§ 16.

Postanowienia końcowe

1.

Informacje o zmianach w „Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla Planu na dziś i jutro” lub w „Wykazie funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych”, niewpływających na cel, charakterystykę lub strategię inwestycyjną Funduszy z grupy B lub Portfeli Modelowych, Allianz zamieszcza na stronie internetowej AllianzInformacje, o których mowa w zdaniu poprzednim dotyczyć mogą: zmiany nazw funduszy inwestycyjnych lub zarządzających nimi Towarzystw Funduszy Inwestycyjnych albo zmiany spowodowanej przekształceniem funduszy inwestycyjnych lub też dodaniem nowych funduszy inwestycyjnych.

2.

Przy uwzględnieniu zapisów § 1 ust. 3 Regulaminu, w sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.



3.

Niniejszy Regulamin został zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 84/2015 z dnia 2 czerwca 2015 r. i wchodzi w życie z dniem 12 czerwca 2015 roku.


Veit Stutz

Magdalena Nawłoka

Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu


Jerzy Visan

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu

Załącznik o opodatkowaniu świadczeń do umów ubezpieczenia na życie

Opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych

Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r. Nr 361 z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o PIT” od podatku dochodowego wolne są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem:

- a) odszkodowań za szkody dotyczące składników majątku związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą lub prowadzeniem działów specjalnych produkcji rolnych, z których dochody są opodatkowane zgodnie z art. 27 ust. 1 lub art. 30c ustawy o PIT;
- b) dochodu otrzymanego z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej – w wypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi.

Funduszami kapitałowymi w rozumieniu ustawy PIT są fundusze inwestycyjne oraz fundusze zagraniczne, o których mowa w przepisach o funduszach inwestycyjnych, oraz ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe działające na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej, z wyjątkiem funduszy emerytalnych, o których mowa w przepisach o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych.

Przychody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych (w myśl art. 17 ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT) są przychodami z kapitałów pieniężnych. Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT, od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy.

Na podstawie art. 30a ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 24 ust. 15 ustawy o PIT dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a sumą składek wpłaconych do zakładu ubezpieczeń, które zostały przekazane na fundusz kapitałowy. Dochodu, o którym mowa powyżej, nie pomniejsza się o straty z tytułu udziału w funduszach kapitałowych oraz inne straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych, poniesione w roku podatkowym oraz w latach poprzednich.

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 10 ustawy o PIT od dochodu oszczędzającego na indywidualnym koncie emerytalnym z tytułu zwrotu albo częściowego zwrotu, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych, środków zgromadzonych na tym koncie pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa powyżej, jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne. Dochodem przy całkowitym zwrocie, który został poprzedzony zwrotami częściowymi, jest różnica pomiędzy wartością środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym na dzień całkowitego zwrotu a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne pomniejszoną o koszty częściowych zwrotów. W przypadku częściowego zwrotu dochodem jest kwota zwrotu pomniejszona o koszty przypadające na ten zwrot. Za koszt, o którym mowa w zdaniu pierwszym, uważa się iloczyn kwoty zwrotu i wskaźnika stanowiącego udział sumy wpłat na indywidualne konto emerytalne do wartości środków zgromadzonych na tym koncie. Przy kolejnym częściowym zwrocie przepisy postanowienia powyższe stosuje się odpowiednio, z tym że do ustalenia wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym bierze się aktualny stan środków na tym koncie. Dochodu nie pomniejsza się o straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych poniesionych w roku podatkowym oraz w latach poprzednich.

Na podstawie art. 30a ust. 1 pkt 11 ustawy o PIT od dochodu uczestnika pracowniczego programu emerytalnego z tytułu zwrotu środków zgromadzonych w ramach programu, w rozumieniu przepisów o pracowniczych programach emerytalnych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa powyżej jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych przez uczestnika pracowniczego programu emerytalnego a sumą wpłat na konto prowadzone w ramach pracowniczego programu emerytalnego.

Stosownie do art. 21 ust. 1 pkt 58 ustawy o PIT zwalnia się z podatku dochodowego wypłaty:

- a) transferowe środków zgromadzonych w ramach pracowniczego programu emerytalnego do innego pracowniczego programu emerytalnego lub na indywidualne konto emerytalne w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych,
- b) środków zgromadzonych w pracowniczym programie emerytalnym dokonane na rzecz uczestnika lub osób uprawnionych do tych środków po śmierci uczestnika,
- c) środków zgromadzonych w grupowej formie ubezpieczenia na życie związanej z funduszem inwestycyjnym lub w innej formie grupowego gromadzenia środków na cele emerytalne dla pracowników - do pracowniczego programu emerytalnego, zgodnie z przepisami o pracowniczych programach emerytalnych

Przez pracownicze programy emerytalne rozumie się pracownicze programy emerytalne utworzone i działające w oparciu o przepisy dotyczące pracowniczych programów emerytalnych obowiązujące w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub w innych państwach należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego albo w Konfederacji Szwajcarskiej.

Na mocy art. 21 ust. 1 pkt 58a ustawy o PIT zwalnia się z podatku dochodowego dochody z tytułu oszczędzania na indywidualnym koncie emerytalnym, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych, uzyskane w związku z:

- a) gromadzeniem i wypłatą środków przez oszczędzającego,
 - b) wypłatą środków dokonaną na rzecz osób uprawnionych do tych środków po śmierci oszczędzającego,
 - c) wypłatą transferową
- z tym że zwolnienie nie ma zastosowania w przypadku, gdy oszczędzający gromadził oszczędności na więcej niż jednym indywidualnym koncie emerytalnym, chyba że przepisy te przewidują taką możliwość.

Stosownie do art. 52a ust. 1 pkt 3 ustawy o PIT zwalnia się od podatku dochodowego dochody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych, jeżeli dochody te są wypłacane podatnikowi na podstawie umów zawartych lub zapisów dokonanych przez podatnika przed dniem 1 grudnia 2001 r. Zwolnienie nie dotyczy dochodów uzyskanych w związku z przystąpieniem podatnika do programu oszczędzania z funduszem kapitałowym, bez względu na formę tego programu, w zakresie dochodów z tytułu wpłat (wkładów) do funduszu dokonanych począwszy od dnia 1 grudnia 2001 r.

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 5a ustawy PIT opodatkowaniu 19% zryczałtowanym podatkiem dochodowym od osób fizycznych podlegają również dochody z tytułu umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 24 ust. 15a i 15b. Na mocy art. 24 ust. 15a ustawy o PIT dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycie, zawartą na podstawie odrębnych przepisów, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest:

- 1) ustalane na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych albo
- 2) równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik

- jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a składką wpłaconą do zakładu ubezpieczeń.

Przepis ust. 15a pkt 1 nie ma zastosowania do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie odrębnych przepisów, dla których przy ustalaniu wartości rezerwy w dziale ubezpieczeń na życie jest stosowana stopa techniczna, o której mowa w przepisach o rachunkowości zakładów ubezpieczeń (art. 24 ust. 15b).

Opodatkowanie świadczeń z tytułu ustawy o podatku od spadków i darowizn

W myśl art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu osobowym przypadająca uprawnionemu nie należy do spadku po ubezpieczonym i tym samym nie jest objęta podatkiem od spadku i darowizn określonym w ustawie z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2009 r. Nr 93, poz. 768 z późn. zm.).

Stosownie do art. 3 pkt 4 i 6 ustawy o podatku od spadków i darowizn, podatkwowi nie podlega:

- a) nabycie w drodze dziedziczenia środków z pracowniczego programu emerytalnego;
- b) nabycie w drodze spadku środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym.

Egzekucja sądowa świadczeń i odszkodowań

Zgodnie z art. 831 § 1 pkt 5 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.) nie podlegają egzekucji świadczenia z tytułu ubezpieczeń osobowych oraz odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych, w granicach określonych w drodze rozporządzenia przez ministrów finansów i sprawiedliwości.

Stosownie do § 1 i 2 rozporządzenia Ministrów Finansów i Sprawiedliwości z dnia 4 lipca 1986 r. w sprawie określenia granic, w jakich świadczenia z ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej (Dz. U. Nr 26, poz. 128), świadczenia pieniężne z tytułu ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z tytułu ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej w trzech czwartych częściach tych świadczeń i odszkodowań. Ograniczenia egzekucji nie dotyczą egzekucji mającej na celu zaspokojenie roszczeń alimentacyjnych oraz składki należnej zakładowi ubezpieczeń z tytułu ubezpieczeń osobowych i majątkowych.

Składka ubezpieczeniowa jako koszt uzyskania przychodu

Zgodnie z art. 16 ust. 1 pkt 59 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 z późn. zm.)

oraz art. 23 ust. 1 pkt 57 ustawy o PIT nie uważa się za koszty uzyskania przychodu składki opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, z wyjątkiem umów dotyczących ryzyka grup 1, 3 i 5 działu I oraz grup 1 i 2 działu II wymienionych w załączniku do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66, Nr 81, poz. 530, Nr 126, poz. 853 i Nr 127, poz. 858) jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza:

- a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
- b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
- c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie.

Składka ubezpieczeniowa jako przychód pracownika

Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy o PIT za przychody ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej oraz spółdzielczego stosunku pracy uważa się wszelkiego rodzaju wypłaty pieniężne oraz wartość pieniężną świadczeń w naturze bądź ich ekwiwalenty, bez względu na źródło finansowania tych wypłat i świadczeń, a w szczególności: wynagrodzenia zasadnicze, wynagrodzenia za godziny nadliczbowe, różnego rodzaju dodatki, nagrody, ekwiwalenty za niewykorzystany urlop i wszelkie inne kwoty niezależnie od tego, czy ich wysokość została z góry ustalona, a ponadto świadczenia pieniężne ponoszone za pracownika, jak również wartość innych nieodpłatnych świadczeń lub świadczeń częściowo odpłatnych.

Za pracownika w rozumieniu ustawy o PIT uważa się osobę pozostającą w stosunku służbowym, stosunku pracy, stosunku pracy nakładczej lub spółdzielczym stosunku pracy.