

Ogólne warunki ubezpieczenia

Plan z gwarancją kapitału

Allianz 

Spis treści

Ogólne warunki ubezpieczenia Plan z gwarancją kapitału (kod produktu: KAP)

Część I. Podstawowe informacje o ubezpieczeniu, czyli kto i od jakich zdarzeń losowych może być ubezpieczony	1
§ 1 Czego dotyczy niniejszy dokument oraz jak należy rozumieć pojęcia w nim stosowane?	1
§ 2 Jaki jest cel i zakres ubezpieczenia Plan z gwarancją kapitału?	2
§ 3 Jaką kwotę Allianz wypłaci w Dniu dożycia (tj. na koniec Okresu składkowego)?	3
§ 4 Jaką kwotę Allianz wypłaci w razie śmierci oraz w jakich przypadkach może ograniczyć wypłatę?	3
§ 5 Na czym polega i jak długo jest udzielana Ochrona tymczasowa oraz w jakich przypadkach Allianz może ograniczyć wypłatę z jej tytułu?	3
Część II. Umowa ubezpieczenia, jak ją zawrzeć i rozwiązać	4
§ 6 Jak zawrzeć Umowę?	4
§ 7 Jakie są warunki rozwiązania Umowy?	5
§ 8 Jak wznowić Umowę ubezpieczenia w Okresie składkowym?	5
Część III. Składka ubezpieczeniowa	6
§ 9 Jakie są zasady opłacania Składki regularnej, indeksacyjnej i doraźnej?	6
§ 10 Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki w Okresie składkowym?	6
§ 11 Jak dochodzi do zamiany ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe?	7
§ 12 Jakie są warunki czasowego zawieszenia opłacania składek?	7
§ 13 Na czym polega indeksacja składki w Okresie składkowym?	8
Część IV. Jak zgromadzić dodatkowy kapitał	8
§ 14 Do czego służy Rachunek zysków?	8
Część V. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe (Fundusze)	9
§ 15 Co należy wiedzieć o Funduszach?	9
Część VI. Częściowa wypłata środków i wykup polisy	9
§ 16 Czy można częściowo wypłacić środki zgromadzone na Rachunku zysków i na jakich zasadach?	9
§ 17 Jaka kwota zostanie wypłacona w przypadku wykupu polisy w Okresie składkowym, a jaka w Okresie odroczenia?	9
Część VII. Udział w zyskach	9
§ 18 Jakie są zasady naliczenia Udziału w zyskach w poszczególnych okresach trwania Umowy?	9
Część VIII. Świadczenie jednorazowe	10
§ 19 Świadczenie w razie śmierci	10
§ 20 Świadczenie jednorazowe z tytułu dożycia	11
Część IX. Świadczenie rentowe	11
§ 21 Jakie są warunki uzyskania Świadczenia rentowego oraz jak długo jest ono wypłacane?	11
§ 22 Jak naliczane jest Świadczenie rentowe i Dodatkowe świadczenie rentowe?	12
W jakich są zasady wypłaty Świadczenia rentowego?	12
§ 24 Czy można zmienić formę renty po rozpoczęciu jej wypłacania?	12
Część X. Postanowienia końcowe, w tym zasady komunikacji w trakcie trwania Umowy	13
§ 25 Zmiany w Umowie ubezpieczenia	13
§ 26 Obowiązki informacyjne Allianz	13
§ 27 Ubezpieczenie na cudzy rachunek	13
§ 28 Postępowanie w przypadku składania reklamacji	13
§ 29 Postanowienia końcowe	14
Załącznik – Tabela opłat i limitów	15

Warunki Umowy dodatkowej – Śmierć wskutek wypadku (kod produktu: DNW2)

§ 1 Czego dotyczy niniejszy dokument?	17
§ 2 Jakie są definicje pojęć stosowanych w Umowie dodatkowej?	17
§ 3 Jaki jest przedmiot i zakres Umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	18
§ 4 W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?	18
§ 5 Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?	19
§ 6 Od czego zależy wysokość Składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	19
§ 7 Na czym polega indeksacja Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej?	20
§ 8 Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	20
§ 9 Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?	20
§ 10 Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany Sumy ubezpieczenia?	21
§ 11 Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?	21
§ 12 Jak postępować w przypadku składania reklamacji?	21
§ 13 Postanowienia końcowe	21

Warunki Umowy dodatkowej – Poważne zachorowania (kod produktu: DPZ2 – wariant standard, DPZR – wariant komfort)

§ 1 Czego dotyczy niniejszy dokument?	23
§ 2 Jakie są definicje pojęć stosowanych w Umowie dodatkowej?	23
§ 3 Jaki jest przedmiot i zakres Umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	24

§ 4	W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?	24
§ 5	Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?	25
§ 6	Od czego zależy wysokość Składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	26
§ 7	Na czym polega indeksacja Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej?	26
§ 8	Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	26
§ 9	Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?	27
§ 10	Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany Sumy ubezpieczenia?	27
§ 11	Jak postępować w przypadku składania reklamacji?	27
§ 12	Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?	28
§ 13	Postanowienia końcowe	28
Załącznik nr 1 – Katalog poważnych zachorowań – wariant standard		29
Załącznik nr 2 – Katalog poważnych zachorowań – wariant komfort		30

Warunki Umowy dodatkowej – Niezdolność do samodzielnej egzystencji (kod produktu: ADL)

§ 1	Czego dotyczy niniejszy dokument?	35
§ 2	Jakie są definicje pojęć stosowanych w Umowie dodatkowej?	35
§ 3	Jaki jest przedmiot i zakres Umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	36
§ 4	W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?	36
§ 5	Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?	37
§ 6	Od czego zależy wysokość Składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	37
§ 7	Na czym polega indeksacja Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej?	38
§ 8	Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	38
§ 9	Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?	39
§ 10	Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany Sumy ubezpieczenia?	39
§ 11	Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?	39
§ 12	Jak postępować w przypadku składania reklamacji?	39
§ 13	Postanowienia końcowe	40

Warunki Umowy dodatkowej – Pobyt w szpitalu (kod produktu: PWS – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku, PWSR – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku lub choroby)

§ 1	Czego dotyczy niniejszy dokument?	41
§ 2	Jakie są definicje pojęć stosowanych w Umowie dodatkowej?	41
§ 3	Jaki jest przedmiot i zakres Umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	42
§ 4	W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?	43
§ 5	Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?	43
§ 6	Od czego zależy wysokość Składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	44
§ 7	Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	44
§ 8	Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?	44
§ 9	Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości Świadczenia dziennego?	45
§ 10	Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?	45
§ 11	Jak postępować w przypadku składania reklamacji?	45
§ 12	Postanowienia końcowe	45

Warunki Umowy dodatkowej – Leczenie operacyjne (kod produktu: LOP – Leczenie operacyjne wskutek wypadku, LOPR – Leczenie operacyjne wskutek wypadku lub choroby)

§ 1	Czego dotyczy niniejszy dokument?	47
§ 2	Jakie są definicje pojęć stosowanych w Umowie dodatkowej?	47
§ 3	Jaki jest przedmiot i zakres Umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	48
§ 4	W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?	48
§ 5	Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?	49
§ 6	Od czego zależy wysokość Składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	50
§ 7	Na czym polega indeksacja Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej?	50
§ 8	Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	50
§ 9	Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?	51
§ 10	Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany Sumy ubezpieczenia?	51
§ 11	Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?	51
§ 12	Jak postępować w przypadku składania reklamacji?	51
§ 13	Postanowienia końcowe	52
Załącznik – Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego		53

Warunki Umowy dodatkowej – Renta miesięczna w razie śmierci Ubezpiezonego (kod produktu: DWR2)

§ 1	Czego dotyczy niniejszy dokument?	67
§ 2	Jakie są definicje pojęć stosowanych w Umowie dodatkowej?	67
§ 3	Jaki jest przedmiot i zakres Umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	67
§ 4	W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?	68
§ 5	Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?	68
§ 6	Od czego zależy wysokość Składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	69
§ 7	Na czym polega indeksacja Renty w Umowie dodatkowej?	69
§ 8	Jakie prawa mają Uposażeni i jak ich wyznaczyć?	69
§ 9	Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	70
§ 10	Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?	70
§ 11	Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości lub okresu wypłaty Renty?	70
§ 12	Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?	71
§ 13	Jak postępować w przypadku składania reklamacji?	71
§ 14	Postanowienia końcowe	71

Warunki umowy dodatkowej – Allianz Best Doctors (kod produktu: CA)

§ 1	Czego dotyczy niniejszy dokument?	73
§ 2	Jakie są definicje pojęć stosowanych w Umowie dodatkowej?	73
§ 3	Jaki jest przedmiot i zakres Umowy dodatkowej?	74
§ 4	W jakich sytuacjach ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie przysługuje?	76
§ 5	Jaka jest Suma ubezpieczenia Umowy dodatkowej oraz limity odpowiedzialności Allianz?	77
§ 6	W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?	77
§ 7	Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?	77
§ 8	Od czego zależy wysokość Składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	78
§ 9	Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?	78
§ 10	Kiedy i na jakich warunkach Ubezpieczony otrzymuje zwrot poniesionych kosztów?	79
§ 11	Jakie są warunki wznowienia Umowy dodatkowej?	79
§ 12	Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?	79
§ 13	Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?	80
§ 14	Jak postępować w przypadku składania reklamacji?	80
§ 15	Postanowienia końcowe	80

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

§ 1	Czego dotyczy niniejszy dokument?	81
§ 2	Jakie są definicje pojęć stosowanych w Umowie dodatkowej?	81
§ 3	Jaki jest przedmiot i zakres Umowy dodatkowej?	82
§ 4	Kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?	82
§ 5	W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?	82
§ 6	Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?	83
§ 7	Od czego zależy wysokość Składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?	83
§ 8	W jaki sposób zgłosić potrzebę skorzystania z pomocy?	83
§ 9	Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?	84
§ 10	Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?	84
§ 11	Jak postępować w przypadku składania reklamacji?	84
§ 12	Postanowienia końcowe	84
Załącznik – Allianz Assistance		86

Ogólne warunki ubezpieczenia Plan z gwarancją kapitału
(kod produktu: KAP)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
<p>1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia</p>	<p>W zakresie Umowy ubezpieczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – § 2 ust. 2 – § 3 ust. 1 i ust. 2 – § 4 – § 7 ust. 5 – § 11 ust. 6 – § 14 ust. 6 pkt 1) – § 16 ust. 1 i ust. 2 – § 17 ust. 1 pkt 1) i 5), ust. 2 pkt 1) i 2) – § 19 ust. 1 pkt 1), ust. 2 pkt 2) – § 20 ust. 1 i ust. 2 – § 21 ust. 1 – § 24 ust. 1 pkt 1) i 4) <p>W zakresie Ochrony tymczasowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – § 5 ust. 2
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • w zakresie Umowy ubezpieczenia: <ul style="list-style-type: none"> – § 4 ust. 1 pkt 3) z uwzględnieniem definicji § 1 ust. 2 pkt 5), 6), 7) – § 6 ust. 10 • w zakresie Ochrony tymczasowej: <ul style="list-style-type: none"> – § 5 ust. 4 z uwzględnieniem definicji § 1 ust. 2 pkt 1), 5), 6), 7), 9), 27), 54)
<p>3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Tabela opłat i limitów, stanowiąca załącznik do owu Plan z Gwarancją Kapitału z uwzględnieniem następujących postanowień: – definicje z § 1 ust. 2 pkt 25), 37) i 38) – § 4 ust. 2 lit. b) – § 5 ust. 3 pkt 2) – § 6 ust. 8 – § 8 ust. 2 lit. c) i ust. 4 – § 9 ust. 4 pkt 2), ust. 6 pkt 2), 3) i 5) – § 12 ust. 2 – § 14 ust. 5 pkt 1) – § 15 ust. 2 pkt 4) i 5) – § 17 ust. 2 pkt 2) – § 22 ust. 2 pkt 5) i ust. 3 pkt 1) lit. a) – § 8 ust. 3 Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	– § 17 ust. 1 pkt 1) - 4) i ust. 2 pkt 1) i 2) z uwzględnieniem definicji § 1 ust. 2 pkt 53)

Ogólne warunki ubezpieczenia

Plan z gwarancją kapitału

(kod produktu: KAP)

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 oraz w jakich sytuacjach Allianz może ograniczyć wypłatę. Poznaj również definicje stosowanych pojęć.

Czego dotyczy niniejszy dokument oraz jak należy rozumieć pojęcia w nim stosowane?

§ 1

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (zwane dalej o.w.u.), stosuje się w umowach indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym Plan z gwarancją kapitału, zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A., zwane dalej Allianz.

2.

Terminom używanym 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) **Cena kupna Jednostki uczestnictwa** – wartość Jednostki uczestnictwa, według której Allianz przelicza wpłacane składki na Jednostki uczestnictwa.
- 3) **Cena sprzedaży Jednostki uczestnictwa** – wartość Jednostki uczestnictwa, według której Allianz umarza Jednostki uczestnictwa zaewidencjonowane na Rachunku zysków.
- 4) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany w 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) **Dodatkowe świadczenie rentowe** – kwota powiększająca wypłacane przez Allianz Świadczenie rentowe, naliczona od wpłaconej w Okresie rentowym lub Okresie odroczenia Składki doraźnej oraz od Udziału w zysku za te okresy, o ile jest należny.
- 9) **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.
- 10) **Dzień dożycia** – dzień określony w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dożycia końca Okresu składkowego.
- 11) **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
- 12) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w polisie, w którym Allianz zaczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową z tytułu docelowej Umowy ubezpieczenia.
- 13) **e-serwis** – portal internetowy Allianz, dostępny poprzez przeglądarkę internetową, umożliwiający składanie określonych w o.w.u. dyspozycji (o ile udostępniono możliwość składania danych dyspozycji za pośrednictwem środków porozumienia się na odległość).
- 14) **Fundusz (Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy)** – wydzielona część aktywów Allianz, inwestowana w sposób określony w Regulaminie.
- 15) **Gwarantowany okres wypłat** – okres wypłaty Świadczenia rentowego, którego długość wskazana jest w aneksie do polisy w związku ze złożonym wnioskiem o wypłatę Renty dożywotniej z gwarantowanym okresem wypłat.
- 16) **Jednorazowe świadczenie rentowe** – świadczenie wypłacane w formie jednorazowej w razie rozwiązania Umowy w Gwarantowanym okresie wypłat Renty dożywotniej lub w okresie wypłat Renty okresowej.
- 17) **Jednostki uczestnictwa (Jednostki)** – części o równej wartości, na które podzielony jest Fundusz.
- 18) **Kapitał początkowy** – kapitał równy Sumie ubezpieczenia z tytułu dożycia oraz wartości Rachunku zysków na Dzień dożycia, stanowiący podstawę do obliczenia wartości Świadczenia rentowego w momencie rozpoczęcia Okresu odroczenia lub Okresu rentowego (jeśli nie był poprzedzony Okresem odroczenia).
- 19) **Karta Produktu** – dokument zawierający podstawowe informacje o ubezpieczeniu, w tym:
 - 1) cel i charakter umowy;
 - 2) wykaz przysługujących świadczeń z umowy oraz wykaz oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w ramach umowy;
 - 3) tytuły oraz wysokość opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń;
 - 4) określenie profilu ryzyka ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
 - 5) rekomendowany minimalny okres trwania umowy wraz z uzasadnieniem rekomendacji uwzględniającym horyzont inwestycyjny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
 - 6) informację o ryzyku inwestycyjnym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o ile takie ryzyko występuje;
 - 7) miejsce i sposób uzyskania dodatkowych informacji na temat ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.
- 20) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi Dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej; pierwszy Miesiąc polisowy rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, każdy kolejny Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym Dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.

Przykładowo, jeżeli Twoja ochrona rozpoczyna się w dniu 20 stycznia, wówczas 20. dzień każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego jest pierwszym dniem każdego Miesiąca polisowego Twojego ubezpieczenia. W tym przypadku Miesiąc polisowy liczymy od 20. dnia miesiąca do 19. dnia miesiąca następnego (włącznie).

- 21) **Ochrona tymczasowa** – ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Allianz w okresie poprzedzającym zawarcie docelowej Umowy

- ubezpieczenia. Zakres Ochrony tymczasowej oraz zasady jej świadczenia określa § 5 oraz dokument potwierdzenia Ochrony tymczasowej doręczany Ubezpieczającemu wraz ze złożeniem wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- 22) **Okres odroczenia** – okres, który może wystąpić w Umowie ubezpieczenia pomiędzy Okresem składkowym oraz Okresem rentowym, jeśli Ubezpieczający i Ubezpieczony wyrażą taką wolę. W Okresie odroczenia Allianz przekazuje Sumę ubezpieczenia z tytułu dożycia i środki zgromadzone na Rachunku zysków w Okresie składkowym na Rezerwy matematyczne.
- 23) **Okres rentowy** – okres wypłaty Renty dożywotniej, Renty dożywotniej z Gwarantowanym okresem wypłat lub Renty okresowej.
- 24) **Okres składkowy** – okres w Umowie ubezpieczenia, w trakcie którego Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać Składki regularne. Okres składkowy kończy się w Dniu dożycia.
- 25) **Opłata wznowieniowa** – opłata w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, uiszczana przez Ubezpieczającego w razie wznowienia Umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 8.
- 26) **Poziom ochrony ubezpieczeniowej** – wskaźnik przedstawiający stosunek Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci do Sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia, wybierany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- 27) **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.
- 28) **Rachunek zysków** – rachunek, na którym w postaci Jednostek uczestnictwa, w Okresie składkowym, gromadzony jest Udział w zyskach z zainwestowanej Rezerwy matematycznej oraz kwoty wynikające z wpłat Składek indeksacyjnych i Składek doraźnych.
- 29) **Regulamin** – Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A., wskazujący zasady funkcjonowania Funduszy, stanowiący załącznik do niniejszych o.w.u.
- 30) **Renta dożywotnia** – Świadczenie rentowe wypłacane od dnia wskazanego w aneksie do polisy do dnia śmierci Ubezpieczonego, nie dłużej jednak niż do dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia w wyniku jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego.
- 31) **Renta dożywotnia z Gwarantowanym okresem wypłat** – Świadczenie rentowe wypłacane, niezależnie od tego, czy Ubezpieczony pozostaje przy życiu, przez z góry określony okres (Gwarantowany okres wypłat), jeśli przed jego upływem dojdzie do zgonu Ubezpieczonego albo wypłacane Ubezpieczonemu do dnia jego śmierci jeśli żyje on dłużej niż Gwarantowany okres wypłat.
Renta dożywotnia z Gwarantowanym okresem wypłat wypłacana jest jednak nie dłużej niż do dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia w wyniku jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego.
- 32) **Renta okresowa** – Świadczenie rentowe wypłacane przez z góry określony czas, wskazany w aneksie do polisy, niezależnie od tego, czy Ubezpieczony pozostaje przy życiu, nie dłużej jednak niż do dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia w wyniku jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego.
- 33) **Rezerwa matematyczna** – kwota pieniężna gromadzona przez Allianz w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia poprzez odkładanie części Składek regularnych na pokrycie przyszłych zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia, wskazana w polisie lub aneksie do polisy.
- 34) **Roczna stopa zysku** – wyrażona w procentach miara zysków osiąganych przez Allianz z inwestycji Rezerwy matematycznej na przestrzeni roku.
- 35) **Rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia.
- 36) **Rok polisowy** – 12 miesięcy od daty określonej w polisie jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz od każdej Rocznic polisy.
- 37) **Składka doraźna** – dobrowolna wpłata niezwiązana ze Składką regularną, uiszczana przez Ubezpieczającego po wystawieniu polisy w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia; składka doraźna wpłacona w Okresie składkowym jest lokowana na Rachunku zysków po wcześniejszym potrąceniu kosztu alokacji w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów; składka doraźna wpłacona w Okresie odroczenia lub Okresie rentowym – po potrąceniu kosztu alokacji w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów – stanowi podstawę naliczenia Dodatkowego świadczenia rentowego.
- 38) **Składka indeksacyjna** – dodatkowa składka powiększająca Składkę regularną, uiszczana na zasadach określonych w § 13, lokowana na Rachunku zysków po wcześniejszym potrąceniu kosztu alokacji w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów.
- 39) **Składka regularna** – składka z tytułu Umowy ubezpieczenia opłacana cyklicznie, w trakcie Okresu składkowego, której wysokość i termin wymagalności zostały określone w polisie.
- 40) **Stopa zysku netto** – różnica pomiędzy Roczna stopa zysku a Techniczna stopą procentową.
- 41) **Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci** – określona w polisie kwota, która będzie wypłacona Uposażonemu, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w Okresie składkowym.
- 42) **Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia** – określona w polisie kwota, która będzie wypłacona Ubezpieczonemu z tytułu dożycia przez niego dnia określonego w polisie jako Dzień dożycia.
- 43) **Świadczenie rentowe** – kwota wypłacana przez Allianz w formie Renty dożywotniej, Renty dożywotniej z Gwarantowanym okresem wypłat lub Renty okresowej, zgodnie z Umową ubezpieczenia.
- 44) **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.
- 45) **Techniczna stopa procentowa** – zakładana przez Allianz teoretyczna stopa zysku z inwestowania Rezerwy matematycznej w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia. Wysokość Technicznej stopy procentowej dla Okresu składkowego została wskazana w Tabeli opłat i limitów, natomiast jej wysokość dla Okresu rentowego i Okresu odroczenia zostanie wskazana w momencie rozpoczęcia Okresu odroczenia albo Okresu rentowego (jeśli nie był poprzedzony Okresem odroczenia).
- 46) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek.
- 47) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie objęte jest ochroną ubezpieczeniową.
- 48) **Udział w zyskach** – udział Ubezpieczającego w zyskach wynikających z inwestowania przez Allianz Rezerw matematycznych.
- 49) **Umowa ubezpieczenia (Umowa)** – umowa ubezpieczenia zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie o.w.u, której zawarcie poprzedza okres Ochrony tymczasowej świadczonej przez Allianz zgodnie z § 5.
- 50) **Umowy dodatkowe** – umowy uzupełniające Umowę ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część, które powodują rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka dodatkowe w nich wyszczególnione.
- 51) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci.
- 52) **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.
- 53) **Wartość wykupu** – dodatnia wartość gotówkowa polisy określona metodą aktuarialną jako Rezerwa matematyczna obowiązująca w momencie dokonania wykupu w Okresie składkowym, pomniejszona o rozłożone w czasie koszty zawarcia Umowy ubezpieczenia pozostałe do końca Okresu składkowego, której wartość wskazano w polisie.
- 54) **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,
 - było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z Przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 55) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie decyzji przez Allianz o warunkach, na jakich przyjmie ono odpowiedzialność z tytułu Umowy ubezpieczenia, dokonane na podstawie złożonego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia wraz z wymaganymi dokumentami oraz na podstawie innych, niezbędnych informacji uzyskanych od Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.

Jaki jest cel i zakres ubezpieczenia Plan z gwarancją kapitału? § 2

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2.

Ochrona z tytułu Umowy ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

- a) dożycie Ubezpieczonego dnia określonego w polisie jako Dzień dożycia,
- b) śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

Zapoznaj się z definicją Dnia dożycia zamieszczoną w § 1 ust. 2 o.w.u.

3.

Zakres odpowiedzialności Allianz może zostać rozszerzony o wypłatę świadczeń z tytułu Umów dodatkowych wówczas, gdy Umowy dodatkowe zostały dołączone do Umowy ubezpieczenia, 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 ubezpieczenia.

Jaką kwotę Allianz wypłaci w Dniu dożycia (tj. na koniec Okresu składkowego)?

§ 3

1.

Odpowiedzialność Allianz z tytułu dożycia Ubezpieczonego dnia określonego w polisie jako Dzień dożycia polega na wypłacie Ubezpieczonemu Sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia w formie:

- a) jednorazowej, z uwzględnieniem ust. 2 lub
- b) Świadczenia rentowego, o którym mowa w ust. 3.

2.

Wraz z wypłatą w formie jednorazowej Sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia wypłacana jest również wartość Rachunku zysków przypadająca na Dzień dożycia.

3.

- 1) Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia w formie Świadczenia rentowego może być wypłacana jako:
 - a) Renta okresowa,
 - b) Renta dożywotnia,
 - c) Renta dożywotnia z Gwarantowanym okresem wypłat.
- 2) Sposób naliczenia oraz warunki otrzymania Sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia w formie Świadczenia rentowego określają postanowienia § 21-24.
- 3) Wartość Rachunku zysków przypadająca na Dzień dożycia powiększa wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia wypłacaną w formie Świadczenia rentowego.

Jaką kwotę Allianz wypłaci w razie śmierci oraz w jakich przypadkach może ograniczyć wypłatę?

§ 4

Zwróć uwagę, że kwota wypłaty należna w przypadku śmierci Ubezpieczonego różni się w zależności od okresu, w którym nastąpiła śmierć.

1.

Okres składkowy

- 1) Odpowiedzialność Allianz z tytułu śmierci Ubezpieczonego w Okresie składkowym polega na wypłacie Uposażonemu lub Uposażonym Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci wraz z wartością środków zgromadzonych na Rachunku zysków, liczonych według Ceny sprzedaży Jednostki z dnia zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz, z zastrzeżeniem pkt 2).
- 2) W razie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego po upływie 90 dni od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej Składki regularnej, o ile Umowa nie przekształciła się w ubezpieczenie bezskładkowe, wartość Jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Rachunku zysków liczona jest według Ceny sprzedaży Jednostek uczestnictwa z ostatniego dnia wskazanego powyżej 90-dniowego terminu.
- 3) W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie składkowym będącej wynikiem:
 - a) samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 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,Allianz wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości Wartości wykupu powiększonej o wartość środków zgromadzonych na Rachunku zysków,

liczonej według Ceny sprzedaży Jednostki z dnia zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz, z zastrzeżeniem pkt 2).

Jeśli śmierć nastąpi w wyniku okoliczności wskazanych w punkcie powyżej, Allianz zamiast Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci powiększonej o środki zgromadzone na Rachunku zysków wypłaci Uposażonym Wartość wykupu powiększoną o środki zgromadzone na Rachunku zysków.

Wartość wykupu w poszczególnych latach trwania Umowy wyszczególniona jest na Twojej polisie.

2.

Okres odroczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w Okresie odroczenia, Allianz wypłaci Uposażonemu lub Uposażonym świadczenie w wysokości sumy poniższych wartości:

- a) wartości Kapitału początkowego z dnia rozpoczęcia Okresu odroczenia,
- b) nominalnej wysokości Składek doraźnych wpłaconych w Okresie odroczenia, pomniejszonych o koszt alokacji w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów.

3.

Okres rentowy

- 1) W razie śmierci Ubezpieczonego w Gwarantowanym okresie wypłat Renty dożywotniej lub w okresie wypłaty Renty okresowej, Allianz kontynuuje wypłatę Świadczenia rentowego Uposażonemu lub Uposażonym aż do upływu wyżej wymienionego okresu.
- 2) Śmierć Ubezpieczonego w okresie wypłaty Renty dożywotniej nie stanowi podstawy do wypłaty świadczenia Uposażonym.

Zapoznaj się z definicjami Okresu składkowego, Okresu odroczenia oraz Okresu rentowego zamieszczonymi w § 1 ust. 2 o.w.u.

Na czym polega i jak długo jest udzielana Ochrona tymczasowa oraz w jakich przypadkach Allianz może ograniczyć wypłatę z jej tytułu?

§ 5

1.

Allianz udziela Ubezpieczonemu Ochrony tymczasowej od dnia następnego po dniu otrzymania przez Allianz wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.

2.

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.

3.

- 1) Ochrona tymczasowa wygasa przed dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia w następujących sytuacjach:
 - a) z upływem wskazanego przez Allianz w wezwaniu terminu w przypadku niedostarczenia na żądanie Allianz dokumentów niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - b) z dniem otrzymania przez Allianz oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - c) z dniem doręczenia Ubezpieczającemu przez Allianz decyzji o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - d) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
- 2) W przypadku zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionych w pkt 1) Allianz zwróci Ubezpieczającemu kwotę wpłaconą na poczet pierwszej Składki regularnej, pomniejszoną o koszty Ochrony tymczasowej za okres, w którym Allianz jej udzielał.

4.

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,
- 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 lub płynnymi, 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) 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,
 - 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.
- W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

Część II. Umowa ubezpieczenia, jak ją zawrzeć i rozwiązać

Dowiedz się jak zawrzeć, rozwiązać lub wznowić Umowę oraz na jak długo może być zawarta.

Jak zawrzeć Umowę?

§ 6

1.
 - 1) Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony Okresu składkowego, nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do Rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej dzień, w którym Ubezpieczony ukończy 71 lat.
 - 2) Po upływie Okresu składkowego (tj. po Dniu dożycia) Umowa może ulec przedłużeniu na Okres rentowy albo na Okres odroczenia i Okres rentowy, o ile świadczenie z tytułu dożycia będzie wypłacane w formie Świadczenia rentowego.

2.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 61 lat.

3.

- 1) Umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) na formularzu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia udostępnionym przez Allianz.

- 2) Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty, Allianz dostarcza Ubezpieczającemu tekst o.w.u. wraz z załącznikami oraz Kartę Produktu.
- 3) Allianz ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.

4.

Allianz wyraża zgodę na zawarcie Umowy ubezpieczenia 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 ubezpieczenia,
- 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.

Allianz może poprosić Cię o wykonanie dodatkowych badań lekarskich. Wykonasz je bezpłatnie.

5.

- 1) Umowę uważa się za zawartą w dniu wskazanym w polisie, jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 pkt 2).
- 2) Allianz podejmuje decyzję w sprawie Zaakceptowania lub odmowy Zaakceptowania ryzyka albo odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania przez Allianz wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Od dnia następnego po dniu otrzymania przez Allianz wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia Allianz udziela Ubezpieczonemu Ochrony tymczasowej, zgodnie z § 5.
- 3) Allianz poinformuje o Zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę, potwierdzającą zawarcie Umowy ubezpieczenia.

6.

- 1) Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu zapłacenia pierwszej Składki regularnej.
- 2) Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania Umowy, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia w Okresie składkowym wskutek nieopłacenia Składki regularnej w wymaganym terminie ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

7.

- 1) Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz na podstawie przedstawionych dokumentów Allianz zastrzega sobie prawo do:
 - a) niezaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - b) zaproponowania Ubezpieczającemu zawarcia Umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku.
- 2) Złożenie oferty (kontroferty) przez Allianz na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje poprzez dostarczenie Ubezpieczającemu najpóźniej przy doręczeniu polisy, pisma w którym Allianz zwróci Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) uwagę na postanowienia Umowy ubezpieczenia odbiegające od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku oraz wyznaczy Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu co najmniej 7-dniowy termin do wniesienia 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 swojej decyzji w terminie wskazanym w piśmie z naszą propozycją.

8.

W przypadku odmowy przez Allianz zawarcia Umowy ubezpieczenia lub wniesienia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 7 pkt 2), Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o opłatę za Ochronę

tymczasową za czas, w którym Allianz jej udzielał, w terminie do 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy lub odpowiednio od daty złożenia w Allianz sprzeciwu.

9.

Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza Składka regularna została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

10.

- 1) Ubezpieczający i Ubezpieczony mają obowiązek podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które byli zapytywani przez Allianz przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. W razie zaakceptowania przez Allianz ryzyka mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uznaje się za nieistotne.
- 2) W razie niezastosowania się do obowiązku, o którym mowa w pkt 1), gdy skutkiem zatajonych lub podanych niezgodnie z prawdą okoliczności jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, Allianz wypłaci osobie uprawnionej jedynie Wartość wykupu oraz środki zgromadzone na Rachunku zysków, określone według stanu na dzień zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1 pkt 2).
- 3) Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie 3 lat od daty zawarcia Umowy, Allianz nie może podnieść zarzutu o podaniu niezgodnie z prawdą lub zatajeniu istotnych okoliczności i wypłacić świadczenia w wysokości ograniczonej do kwot wskazanych w pkt 2) powyżej.

Jakie są warunki rozwiązania Umowy?

§ 7

1.

- 1) Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
- 2) W razie skorzystania z powyższego prawa, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień złożenia Allianz lub przedstawicielowi Allianz oświadczenia o odstąpieniu.

2.

- 1) Niezależnie od prawa, o którym mowa w ust. 1:
 - a) Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji, o której mowa w § 26 ust. 2,
 - b) Ubezpieczony, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, może wystąpić z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia od tej umowy składając Allianz oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy zgodnie z § 27 ust. 2 rocznej informacji, o której mowa w § 26 ust. 2.
- 2) Za datę odstąpienia od umowy przyjmuje się dzień wpłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Allianz.

3.

W razie skorzystania z prawa, o którym mowa w ust. 2 w Okresie składkowym, w terminie 15 dni roboczych od daty złożenia oświadczenia o odstąpieniu, Allianz wypłaci:

- 1) Wartość wykupu (o ile istnieje). Wartość wykupu będzie ustalona na dzień złożenia Allianz oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Do wartości wykupu dodana zostanie wartość Rachunku zysków. Wartość środków zgromadzonych na Rachunku zysków ustala się według Ceny sprzedaży Jednostki uczestnictwa w dniu zarejestrowania w systemie Obsługi polis Allianz oświadczenia o odstąpieniu. Rejestracja oświadczenia o odstąpieniu następuje w ciągu:
 - a) 5 Dni roboczych od daty wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Centrali Allianz jeśli wysyłane jest ono na adres Centrali Allianz lub składane bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz,
 - b) 10 Dni roboczych od daty złożenia oświadczenia o odstąpieniu w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.
- 2) część Składki regularnej za każdy dzień niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.

Jeżeli Ubezpieczony finansował koszt składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający niezwłocznie zwraca Ubezpieczonemu kwoty wypłacone przez Allianz.

4.

Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem, w którym złożono Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu.

5.

- 1) W razie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia w Okresie składkowym, w terminie 15 dni roboczych od daty złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu, Allianz wypłaci:
 - a) Wartość wykupu (na zasadach określonych w pkt 2) oraz
 - b) część Składki regularnej za każdy dzień niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
- 2) Wartość wykupu, o ile istnieje, będzie ustalona na dzień złożenia Allianz oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia. Do Wartości wykupu dodana zostanie wartość Rachunku zysków. Wartość środków zgromadzonych na Rachunku zysków ustala się według Ceny sprzedaży Jednostki uczestnictwa w dniu zarejestrowania w systemie obsługi polis Allianz oświadczenia o wypowiedzeniu. Rejestracja oświadczenia o wypowiedzeniu następuje w ciągu:
 - a) 5 Dni roboczych od daty wpłynięcia oświadczenia o wypowiedzeniu do Centrali Allianz jeśli wysyłane jest ono na adres Centrali Allianz lub składane bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz,
 - b) 10 Dni roboczych od daty złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.
- 3) Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia w Okresie odroczenia jest równoznaczne z wnioskiem o wykup polisy w Okresie odroczenia, realizowanym zgodnie z zapisami § 17 ust. 2.

Zapoznaj się z definicją Wartości wykupu zamieszczoną w § 1 ust. 2 o.w.u..

- 4) Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia w Gwarantowanym okresie wypłat Renty dożywotniej oraz w okresie wypłat Renty okresowej jest równoznaczne z wnioskiem o wypłatę Jednorazowego Świadczenia rentowego, realizowanym zgodnie z § 24 ust. 1.

6.

Umowa ubezpieczenia, poza sytuacjami określonymi w ust. 1 – 4, ulega rozwiązaniu również w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- a) wskutek nieopłacenia Składki regularnej w Okresie składkowym w terminie 90 dni od daty jej wymagalności, mimo uprzedniego wezwania przez Allianz do zapłaty składki, w sytuacji, gdy polisa nie ma jeszcze Wartości wykupu. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia następuje z ostatnim dniem wskazanego wyżej 90-dniowego terminu, przy czym ochrona w Okresie składkowym wygasa z ostatnim dniem okresu prolongaty,
- a) z dniem dożycia Ubezpieczonego do dnia określonego w polisie jako Dzień dożycia – w przypadku jednorazowej wypłaty świadczenia z tytułu dożycia,
- b) z dniem śmierci Ubezpieczonego:
 - w Okresie składkowym,
 - w Okresie odroczenia,
 - w okresie wypłaty Renty dożywotniej,
 - w okresie wypłaty Renty dożywotniej z Gwarantowanym okresem wypłat, jeżeli nastąpi ona po upływie Gwarantowanego okresu wypłaty,
- d) z końcem ostatniego dnia wypłaty Renty okresowej,
- e) z końcem ostatniego dnia Gwarantowanego okresu wypłaty Renty dożywotniej z Gwarantowanym okresem wypłat, gdy przed jego zakończeniem nastąpił zgon Ubezpieczonego,
- f) z dniem doręczenia Allianz wniosku o wykup polisy,
- g) z pierwszym dniem najbliższego Miesiąca polisowego następującego po dniu doręczenia Allianz wniosku o wypłatę Jednorazowego świadczenia rentowego, zgodnie z § 24 ust. 1.

Jak wznowić Umowę ubezpieczenia w Okresie składkowym?

§ 8

1.

Jeżeli Umowa uległa rozwiązaniu z powodu zaprzestania opłacania składek, zgodnie z § 10 ust. 1, może ona zostać wznowiona na zasadach określonych w ust. 2-4 poniżej, o ile od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki nie minęło więcej niż 6 miesięcy oraz z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.

Wznowienie Umowy może nastąpić na Twój wniosek w ciągu 6 miesięcy od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki.

2.

Wznowienie może nastąpić na wniosek Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, jeżeli spełnione zostały łącznie poniższe warunki:

- a) Ubezpieczający nie dokonał wcześniej wykupu polisy,
- b) Ubezpieczający złożył wskazane przez Allianz oświadczenie i informacje o stanie zdrowia oraz doręczył na żądanie Allianz wszelką dokumentację (w tym medyczną) niezbędną do oceny ryzyka,

- c) Ubezpieczający opłacił kwotę równą wysokości wszystkich zaległych składek z tytułu Umowy ubezpieczenia (pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej, której Allianz nie udzielał od końca okresu prolongaty do czasu wznowienia Umowy ubezpieczenia) oraz Oplatę wznowieniową.

3.

W wyniku wznowienia środka z Rachunku zysków pochodzące z wcześniejszego umorzenia Jednostek uczestnictwa dokonane na skutek zaprzestania opłacania składek oraz wpłacone w ramach wznowienia Składki indeksacyjne są przeznaczane na nabycie Jednostek uczestnictwa według Ceny kupna Jednostek z dnia zarejestrowania wznowienia Umowy w systemie obsługi polis Allianz. Rejestracja następuje w ciągu 10 Dni roboczych od podjęcia przez Allianz decyzji o wznowieniu Umowy i spełnieniu wymogów wymienionych w ust. 2.

4.

Ochrona ubezpieczeniowa jest wznowiana z pierwszym dniem najbliższego Miesiąca polisowego, przypadającego po podjęciu przez Allianz decyzji o wznowieniu Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłynięcia na konto Allianz wszystkich zaległych składek z tytułu Umowy ubezpieczenia i Oplaty wznowieniowej.

5.

Allianz może również wznowić ochronę ubezpieczeniową bez składania przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wniosku w wypadku wpłynięcia wszystkich zaległych składek na konto Allianz w terminie 90 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki. Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w niniejszym ustępie, powoduje zachowanie jej ciągłości i następuje w dniu wpłynięcia 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 regularnej, indeksacyjnej i doraźnej?

§ 9

1.

- 1) Składka regularna opłacana jest w Okresie składkowym.
- 2) Pierwsza Składka regularna jest płatna z góry. Kolejne Składki regularne opłacane są z częstotliwością wskazaną w polisie. W zależności od wyboru Ubezpieczającego, termin wymagalności kolejnych Składek regularnych może przypadać co rok, co pół roku, co kwartał lub co miesiąc od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

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

Na polisie wskazujemy terminy płatności Składki regularnej. Pamiętaj aby opłacać ją terminowo.

2.

Wysokość Składki regularnej jest ustalana przez Allianz w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i Poziomu ochrony ubezpieczeniowej, częstotliwości oraz trybu opłacania składek, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy

ubezpieczenia, zależnych od wieku Ubezpieczonego oraz okresu ubezpieczenia. Zwyżka wysokości Składki regularnej ze względu na częstotliwość jej opłacania (w przypadku częstotliwości innej niż roczna) została określona w Tabeli opłat i limitów. Składka może być podwyższona przez Allianz w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego z uwagi na następujące czynniki:

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

3.

Ubezpieczający za zgodą i na warunkach zaproponowanych przez Allianz może zmienić częstotliwość opłacania Składki regularnej w każdą datę jej wymagalności, przy uwzględnieniu obowiązujących składek minimalnych dla wybranej częstotliwości ich opłacania określonych w Tabeli opłat i limitów.

Jeśli zadeklarowana przez Ciebie częstotliwość opłacania składki przestanie Ci odpowiadać, możesz zgłosić nam chęć jej zmiany.

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

4.

- 1) Wysokość Składki regularnej może ulec zmianie w Rocznicę polisy w wyniku jej indeksacji na zasadach określonych w § 13 o.w.u.
- 2) Składka indeksacyjna, po potrąceniu kosztu alokacji (którego wysokość wskazano w Tabeli opłat i limitów), przeznaczana jest na zakup Jednostek uczestnictwa i lokowana jest na Rachunku zysków w terminie określonym w § 14 ust. 3 pkt 2).

5.

Datą opłacenia składki jest dzień jej wpływu w pełnej wysokości na wskazany przez Allianz rachunek bankowy. Na całkowitą składkę z tytułu Umowy ubezpieczenia składają się: Składka regularna oraz powiększająca ją Składka indeksacyjna.

6.

- 1) Ubezpieczający, nie wcześniej niż po wystawieniu polisy ma prawo do dokonywania wpłat Składek doraźnych w dowolnej wysokości, nie niższej jednak od określonej w Tabeli opłat i limitów. W przypadku odnotowania wpłaty składki w wysokości niższej niż minimalna, Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą kwotę w terminie 15 Dni roboczych od daty dokonania wpłaty.
- 2) Składka doraźna wpłacona w Okresie składkowym, po potrąceniu kosztu alokacji (którego wysokość wskazano w Tabeli opłat i limitów), przeznaczana jest na zakup Jednostek uczestnictwa i zostaje ulokowana na Rachunku zysków w terminie określonym w § 14 ust. 3 pkt 2).
- 3) Składka doraźna wpłacona w Okresie odroczenia lub w Okresie rentowym, po potrąceniu kosztu alokacji (którego wysokość wskazano w Tabeli opłat i limitów), przeznaczana jest na nabycie Dodatkowego świadczenia rentowego, z zastrzeżeniem pkt 4) i 5) poniżej.

Poza składkami regularnymi możesz dodatkowo i dobrowolnie wpłacać Składki doraźne, które wpłyną na budowanie kapitału na przyszłość. Nie stosujemy górnych limitów takich wpłat.

- 4) W ostatnim roku wypłaty Renty okresowej Ubezpieczający nie ma możliwości dokonywania wpłat Składek doraźnych.
- 5) Jeżeli Składka doraźna została wpłacona w ostatnim roku Gwarantowanego okresu wypłat, a Ubezpieczony zmarł przed jego upływem – to wpłacona Składka doraźna, po potrąceniu kosztu alokacji (którego wysokość wskazano w Tabeli opłat i limitów) zostanie wypłacona Uposażonemu na koniec Gwarantowanego okresu wypłat w formie Jednorazowego świadczenia rentowego.

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki w Okresie składkowym?

§ 10

1.

- 1) Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej Składki regularnej, przysługuje prawo do 30-dniowej prolongaty terminu płatności Składki regularnej, 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 niezapłaceniu Składki regularnej, jednocześnie wzywając go do zapłacenia składki we wskazanym w wezwaniu terminie.

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

2.

Wraz z upływem okresu prolongaty ochrona ubezpieczeniowa wygasa. W okresie do 90 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej Składki regularnej, Ubezpieczający ma możliwość wznowienia ochrony przez zapłatę zaległych składek zgodnie z § 8 ust. 5.

3.

- 1) Jeżeli w Okresie składkowym Ubezpieczający nie opłaci Składki regularnej w terminie 90 dni od daty wymagalności tej składki, pomimo skierowania przez Allianz wezwania do jej zapłaty, a polisa nie ma jeszcze Wartości wykupu i ochrona nie zostanie wznowiona na zasadach określonych w § 8 ust. 5, 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.
- 2) W razie rozwiązania, o którym mowa w pkt 1) powyżej, Ubezpieczający otrzymuje środki pochodzące z likwidacji Rachunku zysków zgodnie z postanowieniami § 14 ust. 6.

4.

Do rozwiązania, o którym mowa w ust. 3, nie dochodzi w sytuacjach wskazanych w §11 i §12.

Jak dochodzi do zamiany ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe?

§ 11

1.

Jeżeli w Okresie składkowym Ubezpieczający nie opłaci Składki regularnej w terminie wymagalności, a polisa ma już Wartość wykupu oraz Ubezpieczający nie złożył wniosku o wykup polisy lub wniosku o czasowe zawieszenie opłacania Składek regularnych, Allianz przekształca ubezpieczenie w ubezpieczenie bezskładkowe, z dniem wymagalności pierwszej nieopłaconej Składki regularnej.

Na wpłatę zaległych składek będziemy czekać aż 90 dni. Po tym terminie Umowa zostanie rozwiązana lub przekształci się w tzw. ubezpieczenie bezskładkowe.

2.

Zamiana w ubezpieczenie bezskładkowe polega na pomniejszeniu Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i Sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia tak, by zachowane zostały pierwotne proporcje między nimi (tj. Poziom ochrony ubezpieczeniowej).

3.

Pomniejszone sumy ubezpieczenia zostaną obliczone na podstawie Wartości wykupu polisy w dniu dokonania zamiany w ubezpieczenie bezskładkowe, która to wartość zostanie przyjęta do wyliczenia sumy ubezpieczenia z uwzględnieniem wieku Ubezpieczonego oraz okresu pozostałego do dnia Dnia dożycia.

4.

- 1) Z dniem dokonania zamiany w ubezpieczenie bezskładkowe przestają być należne wszelkie przyszłe Składki regularne i Składki indeksacyjne z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.
- 2) W trakcie ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczającemu nadal przysługuje prawo do wpłat Składek doraźnych na Rachunek zysków oraz prawo zmiany alokacji Składki doraźnej i przenoszenia środków między Funduszami.

5.

Z dniem dokonania zamiany w ubezpieczenie bezskładkowe Umowy dodatkowej, jeśli zostały dołączone do Umowy ubezpieczenia, rozwiązują się.

Przekształcenie ubezpieczenia w bezskładkowe skutkuje ustaniem ochrony z tytułu zawartych umów dodatkowych oraz pomniejszeniem Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci oraz Sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia. Od tego momentu jesteś również zwolniony z obowiązku opłacania składek. Możesz jednak nadal dobrowolnie oszczędzać na Rachunku zysków wpłacając Składki doraźne.

6.

W trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy, co skutkuje rozwiązaniem umowy. Allianz wypłaci wówczas Ubezpieczającemu wartość Rezerwy matematycznej na dzień wypłynięcia do Allianz wniosku o wykup oraz wartość Rachunku zysków, ustaloną zgodnie z zasadami określonymi w § 17 ust. 1 pkt 4).

7.

Allianz informuje Ubezpieczającego o przekształceniu Umowy w ubezpieczenie bezskładkowe, w tym o nowej wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i Sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia oraz wysokości Rezerwy matematycznej wypłacanej w razie rozwiązania ubezpieczenia bezskładkowego.

Jeśli Twoje ubezpieczenie przekształci się w bezskładkowe poinformujemy Cię o tym.

8.

Po przekształceniu Umowy w ubezpieczenie bezskładkowe nie ma możliwości przywrócenia poprzednich warunków Umowy.

Jakie są warunki czasowego zawieszenia opłacania składek? § 12

1.

Czasowe zawieszenie opłacania Składek regularnych może zostać dokonane. Czasowe zawieszenie opłacania Składek regularnych może zostać dokonane na wniosek Ubezpieczającego złożony Allianz, nie później jednak niż przed upływem okresu prolongaty.

2.

W okresie czasowego zawieszenia opłacania Składek regularnych Ubezpieczający zwolniony jest z obowiązku opłacania Składek regularnych. Z wyłączeniem Składek indeksacyjnych, kwoty w wysokości Składek regularnych (w tym składki z tytułu Umów dodatkowych, jeśli je zawarto) pobierane są ze środków zgromadzonych na Rachunku zysków. Jednostki są umarzone według Ceny sprzedaży Jednostek uczestnictwa z dnia wymagalności należnej Składki regularnej w okresie czasowego zawieszenia opłacania Składek regularnych.

3.

Ubezpieczający ma prawo zawiesić opłacanie Składek regularnych na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy i nie częściej niż raz na 4 lata.

W razie przejściowych trudności finansowych możesz skorzystać z dogodnego rozwiązania jakim jest czasowa przerwa w płatności składek.

4.

Czasowe zawieszenie opłacania Składek regularnych może nastąpić na okres wnioskowany przez Ubezpieczającego, ale nie dłuższy niż okres, za jaki Składki regularne mogą być pokryte ze środków zgromadzonych na Rachunku zysków.

5.

Jeżeli ze względu na niewystarczającą ilość środków na Rachunku zysków czasowe zawieszenie opłacania Składek regularnych nie może nastąpić na okres wnioskowany przez Ubezpieczającego, Allianz zawiesi opłacanie Składek regularnych na możliwie najdłuższy okres, na jaki pozwalają na to środki zgromadzone na Rachunku zysków.

6.

W okresie czasowego zawieszenia opłacania Składek regularnych warunki ochrony ubezpieczeniowej nie ulegają zmianie.

7.

Ubezpieczający traci prawo do indeksacji składki w Rocznice polisy przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania Składek regularnych.

8.

- 1) W dniu rejestracji czasowego zawieszenia opłacania składek wszystkie środki zgromadzone na Rachunku zysków przeniesione zostają na Fundusz Pieniężny.
 - 2) Składka doraźna wpłacana w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek, jak również Udział w zyskach naliczony w tym okresie, lokowane są na Rachunku zysków w Funduszu Pieniężnym.
- W momencie rejestracji czasowego zawieszenia opłacania składek środki zgromadzone dotychczas na Rachunku zysków są automatycznie przenoszone

na Fundusz Pieniężny i pozostają w nim do momentu złożenia przez Ubezpieczającego dyspozycji przeniesienia na inne Fundusze. Dyspozycję taką możesz złożyć po zakończeniu czasowego zawieszenia składek.

- 9.
- 1) Do czasu zakończenia czasowego zawieszenia opłacana składka nie jest możliwe przenoszenie środków między Funduszami.
- 2) Po zakończeniu okresu czasowego zawieszenia opłacania składek, środki przeniesione na Fundusz Pieniężny pozostają na tym Funduszu aż do momentu złożenia przez Ubezpieczającego dyspozycji skutkującej przeniesieniem środków na inne Fundusze.

Na czym polega indeksacja składki w Okresie składkowym?
§ 13

1.

Składki regularne mogą podlegać indeksacji w Okresie składkowym, w Rocznicę polisy.

2.

Przed Rocznicą polisy Allianz może określić wskaźniki indeksacyjne i na ich podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość Składki regularnej.

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 składki z Umów ubezpieczenia, których Rocznicą polisy przypada w okresie pomiędzy dniem 1 stycznia a 31 grudnia następnego roku.

- 4.
- 1) Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji albo wskazania własnej propozycji nowej wysokości Składki regularnej.
 - 2) Odmowa indeksacji składki 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 składki.
 - 3) Wskazanie przez Ubezpieczającego własnej propozycji nowej wysokości Składki regularnej wymaga złożenia oświadczenia. Zaproponowana przez Ubezpieczającego wysokość Składki regularnej nie może być niższa od wysokości Składki regularnej z pierwszego roku trwania Umowy ubezpieczenia.

Jeśli nie zgadzasz się na propozycję indeksacji składki powiadom nas o swojej decyzji i złóż stosowne oświadczenia w ciągu 14 dni od otrzymania propozycji.

- 5.
- 1) Odmowa indeksacji przez 3 kolejne Rocznicę 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. Jak zgromadzić dodatkowy kapitał

Dowiedz się do czego służy Rachunek zysków, na jakich zasadach działa oraz które z wpłacanych przez Ciebie składek są z nim związane.

Do czego służy Rachunek zysków?
§ 14

- 1.
- 1) W momencie wystawienia polisy Allianz otwiera Ubezpieczającemu związany z polisą indywidualny Rachunek zysków.

- 2) Na Rachunku zysków gromadzone są: Składka doraźna, Składka indeksacyjna oraz naliczony Udział w zyskach.
- 3) Rachunek zysków prowadzony jest w Okresie składkowym.

2.

Środki, o których mowa w ust.1 lokowane są w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, o których mowa w § 15.

Zapoznaj się z listą Funduszy, w ramach których możesz inwestować swoje środki. Znajdziesz ją w Regulaminie, który jest integralną częścią niniejszego ubezpieczenia.

- 3.
- 1) Środki gromadzone na Rachunku zysków ewidencjonowane są w Jednostkach uczestnictwa.
 - 2) Środki gromadzone na Rachunku zysków przeliczane są na Jednostki uczestnictwa według Ceny kupna Jednostki uczestnictwa z dnia, w którym Allianz dokonał wpisu liczby Jednostek na Rachunek zysków. Allianz dokonuje wpisu Jednostek na Rachunek zysków nie później niż 5. Dnia roboczego od daty:
 - a) wpłynięcia na konto Allianz Składki indeksacyjnej (nie wcześniej jednak niż w dniu jej wymagalności),
 - b) wpłynięcia na konto Allianz Składki doraźnej lub
 - c) naliczenia Udziału w zyskach.

- 4.
- 1) Środki, o których mowa w ust.1 są lokowane w różnych Funduszach, zgodnie z podziałem procentowym określonym z dokładnością do 1% przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100. W razie braku wskazania Funduszy, w których mają być lokowane składki, Allianz lokuje składki w Funduszu Pieniężnym. 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.
 - 2) Ubezpieczający określa jeden sposób alokacji dla wszystkich środków, o których mowa w ust. 1.

- 5.
- 1) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania Okresu składkowego może zmienić podział procentowy dotyczący każdego następnego lokowania środków gromadzonych na Rachunku zysków (tzw. zmiana alokacji składki), jak również może przenosić środki między Funduszami (tzw. przeniesienie środków), z uwzględnieniem postanowień pkt 3). W obu sytuacjach 12 takich operacji zmiany w danym Roku polisowym jest bezpłatne. Za każdą następną jest pobierana opłata wskazana w Tabeli opłat i limitów.

Podczas trwania Okresu składkowego możesz aktywnie zarządzać swoim kapitałem reagując na zmieniającą się sytuację rynkową – w każdym momencie możesz dokonać zmiany alokacji składki lub przeniesienia środków między Funduszami.

- 2) Zmiany wymienione w pkt 1) obowiązują od momentu rejestracji przez Allianz odpowiedniego wniosku. Rejestracja następuje w ciągu:
 - a) 5 Dni roboczych od daty wpłynięcia odpowiedniego wniosku do Centrali Allianz jeśli wysyłany jest on na adres Centrali Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz, lub licząc od daty złożenia wniosku za pośrednictwem e-serwis,
 - b) 10 Dni roboczych od daty złożenia odpowiedniego wniosku w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.
- 3) Jednostki podlegają umorzeniu według Ceny sprzedaży Jednostek uczestnictwa z dnia, w którym Allianz dokonał rejestracji operacji przeniesienia środków w systemie obsługi polis Allianz i są nabywane według Ceny kupna Jednostki uczestnictwa w tym samym dniu.

- 6.
- 1) W razie rozwiązania Umowy na skutek zaprzestania opłacania składek lub wypowiedzenia Umowy i gdy polisa nie ma jeszcze Wartości wykupu, Allianz wypłaci środki zgromadzone na Rachunku zysków.
 - 2) Wysokość wypłaty z Rachunku zysków ustala się według Ceny sprzedaży Jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Rachunku zysków w dniu rozwiązania Umowy na skutek zaprzestania opłacania składek, zgodnie z § 10 ust. 3, lub w dniu rejestracji wypowiedzenia Umowy w systemie obsługi polis Allianz. Rejestracja następuje w ciągu:
 - a) 5 Dni roboczych od daty wpłynięcia oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy do Centrali Allianz jeśli wysyłane jest ono na adres Centrali Allianz lub składane bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz,
 - b) 10 Dni roboczych od daty złożenia wypowiedzenia Umowy w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.

Część V. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe (Fundusze)

Dowiedz się więcej o Funduszach oraz zasadach ich funkcjonowania

Co należy wiedzieć o Funduszach?
§ 15

1.

Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe tworzone są na zasadach określonych w przepisach prawa, o.w.u i Regulaminie.

Zanim wybierzesz Fundusze, w które inwestowane będą Twoje środki, zapoznaj się z zasadami ich działania, w tym z polityką inwestycyjną. Informacje te znajdziesz w Regulaminie, który jest załącznikiem do niniejszych o.w.u.

2.

- 1) Wartość rynkowa lokat związanych z Funduszami ustalana jest w oparciu o zasady określone w przepisach o rachunkowości.
- 2) Wartość aktywów Funduszy oraz Cena kupna i Cena sprzedaży Jednostek uczestnictwa ustalane są według zasad określonych w Regulaminie.
- 3) Wycena Jednostek uczestnictwa jest dokonywana według zasad ustalanych przez Allianz, określonych w Regulaminie.
- 4) W każdym dniu wyceny Jednostek uczestnictwa wartość aktywów Funduszy pomniejszana jest o kwotę odpowiadającą wysokości kosztów zarządzania Funduszami.
- 5) Koszt zarządzania Funduszami wskazano w Regulaminie.

3.

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

4.

Każdy Fundusz jest ewidencjonowany w odrębnych Jednostkach.

5.

Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem środków zgromadzonych w Funduszach ponosi Ubezpieczający.

Część VI. Częściowa wypłata środków i wykup polisy

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

Czy można częściowo wypłacić środki zgromadzone na Rachunku zysków i na jakich zasadach?
§ 16

1.

Ubezpieczający, ma prawo dokonać częściowej wypłaty środków zgromadzonych na Rachunku zysków. Wysokość wypłaty z Rachunku zysków ustala się według Ceny sprzedaży Jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Rachunku zysków w dniu zarejestrowania w systemie obsługi polis Allianz operacji częściowej wypłaty. Rejestracja następuje w ciągu:

- a) 5 Dni roboczych od daty wpłynięcia wniosku o częściową wypłatę do Centrali Allianz jeśli wysyłany jest on na adres Centrali Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz,
- b) 10 Dni roboczych od daty złożenia wniosku o częściową wypłatę w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.

2.

- 1) Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Allianz części środków zgromadzonych na Rachunku zysków są:
 - a) wypełniony wniosek o częściową wypłatę środków zgromadzonych na Rachunku zysków,
 - b) kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający ten dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz,

- c) inne niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia wniosku dokumenty wskazane przez Allianz na piśmie po wpłynięciu do Allianz wniosku o częściową wypłatę.
- 2) Allianz dokona częściowej wypłaty środków zgromadzonych na Rachunku zysków w terminie 15 Dni roboczych od dnia wpływu kompletu dokumentów wskazanych w pkt 1) do Allianz.

3.

Z tytułu częściowej wypłaty środków zgromadzonych na Rachunku zysków nie jest pobierana opłata.

Jaka kwota zostanie wypłacona w przypadku wykupu polisy w Okresie składkowym, a jaka w Okresie odroczenia?
§ 17

1.

Wykup polisy w Okresie składkowym

- 1) Wykup polisy może zostać dokonany na wniosek Ubezpieczającego złożony Allianz w Okresie składkowym.
- 2) Wartość wykupu jest określona w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia i jest wskazana w polisie.
- 3) Wartość wykupu polisy będzie ustalona na dzień wpłynięcia do Allianz wniosku o wykup, nie później jednak niż na dzień wymagalności pierwszej nieopłaconej składki.
- 4) Do Wartości wykupu dodana zostanie wartość Rachunku zysków. Wysokość wypłaty z Rachunku zysków ustala się według Ceny sprzedaży Jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Rachunku zysków z dnia zarejestrowania w systemie obsługi polis Allianz wniosku o wykup. Rejestracja następuje w ciągu:
 - a) 5 Dni roboczych od daty wpłynięcia wniosku o wykup do Centrali Allianz jeśli wysyłany jest on na adres Centrali Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz,
 - b) 10 Dni roboczych od daty złożenia wniosku o wykup w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.
- 5) Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Allianz Wartości wykupu są:
 - a) wypełniony wniosek o wykup polisy,
 - b) kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz,
 - c) inne niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia wniosku o wykup dokumenty, wskazane przez Allianz na piśmie po wpłynięciu do Allianz wniosku o wykup.
- 6) Allianz wypłaci Wartość wykupu w terminie 15 Dni roboczych od dnia wpływu kompletu dokumentów wskazanych w pkt 5) do Allianz.
- 7) Z tytułu wykupu polisy w Okresie składkowym nie jest pobierana opłata.

2.

Wykup polisy w Okresie odroczenia

- 1) W Okresie odroczenia prawo do wykupu polisy przysługuje Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu.
- 2) Wykup polisy w Okresie odroczenia może zostać dokonany na podstawie wspólnego wniosku Ubezpieczającego i Ubezpieczonego. Ubezpieczonemu Allianz wypłaci równowartość Kapitału początkowego, a Ubezpieczającemu – nominalną wysokość Składek doraznych wpłaconych w Okresie odroczenia pomniejszoną o koszt alokacji.
- 3) Z tytułu wykupu polisy w Okresie odroczenia nie jest pobierana opłata.

Część VII. Udział w zyskach

Sprawdź kiedy i w jaki sposób naliczymy Ci Udział w zyskach

Jakie są zasady naliczenia Udziału w zyskach w poszczególnych okresach trwania Umowy?
§ 18

1.

Udział w zyskach w Okresie składkowym

- 1) W każdą Rocznicę polisy w Okresie składkowym, w której istnieje Wartość wykupu polisy, pod warunkiem jednak, że Umowa nie została przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe zgodnie z § 11, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do Udziału w zyskach.
- 2) Podstawą do naliczenia Udziału w zyskach w każdą Rocznicę polisy jest określona na ten dzień Rezerwa matematyczna, pomniejszona przy użyciu Technicznej stopy procentowej w stosunku rocznym.

- Pomniejszenie to polega na skorygowaniu wartości Rezerwy matematycznej w celu odzwierciedlenia wartości realnie zainwestowanych środków na początku roku, za który naliczany jest Udział w zyskach.
- 3) Udział Ubezpieczającego w zyskach nie może być mniejszy aniżeli 90% Stopy zysku netto w stosunku rocznym, odniesionej do podstawy, o której mowa w pkt 2).

Stopa zysku netto obliczana jest jako nadwyżka Rocznej stopy zysku, ponad Techniczną stopę procentową według wzoru:

Stopa zysku netto = Roczna stopa zysku – Techniczna stopa procentowa

- 4) Udział Ubezpieczającego w zyskach nalicza się zgodnie z postanowieniami niniejszego paragrafu, za okres jednego roku. Stopa zysku netto ustalana jest na koniec miesiąca bezpośrednio poprzedzającego miesiąc, w którym przypada Rocznicza polisy.

2.

Udział w zyskach w Okresie odroczenia

- 1) Ubezpieczony nabywa prawo do Udziału w zyskach za Okres odroczenia w dniu rozpoczęcia Okresu rentowego.
- 2) Podstawą do naliczenia Udziału w zyskach za Okres odroczenia jest Kapitał początkowy.
- 3) Stopa udziału w zyskach nie może być mniejsza niż 90% stopy zysku osiągniętej przez Allianz z tytułu zainwestowanych Rezerw matematycznych, pomniejszonej o odpowiadającą Okresowi odroczenia Techniczną stopę procentową, o ile różnica ta jest dodatnia.

Stopa udziału w zysku w Okresie odroczenia = $0,9 * (1 + j - (1 + i)^d)$

Udział w zyskach na koniec Okresu odroczenia wyliczany jest według wzoru:

$$UZ_{odr} = K_{odr} * 0,9 * (1 + j - (1 + i)^d)$$

gdzie:

- K_{odr} – Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia oraz Rachunek zysków w chwili rozpoczęcia Okresu odroczenia równe Kapitałowi początkowemu
- j – stopa zysku osiągnięta w Okresie odroczenia z inwestycji środków pokrywających Rezerwę matematyczną związaną z zawartą Umową ubezpieczenia
- i – Techniczna stopa procentowa
- d – długość Okresu odroczenia (wyrażona w latach)

Zysk nalicza się za cały Okres odroczenia wyrażony w latach (d)

Techniczna stopa odpowiadająca Okresowi odroczenia = $(1 + i)^d - 1$

- 4) Jeśli na koniec Okresu odroczenia naliczony zostanie Udział w zysku od zainwestowanych Rezerw matematycznych, to na podstawie tego Udziału zostanie naliczone Dodatkowe świadczenie rentowe.

3.

Udział w zyskach w Okresie rentowym

- 1) Udział w zysku w Okresie rentowym naliczany jest przez Allianz na dzień każdej Roczniczy polisy przypadającej w tym okresie.
- 2) Prawo do Udziału w zyskach przysługuje Ubezpieczonemu, począwszy od Roczniczy polisy przypadającej po rozpoczęciu Okresu rentowego. Zysk w Okresie rentowym nalicza się za okres 1 Roku polisowego.
- 3) Podstawą do naliczenia Udziału w zysku w Rocznicę polisy jest określona na ten dzień Rezerwa matematyczna, pomniejszona o część odpowiadającą wpłaconym w ostatnim Roku polisowym Składkom doraźnym.
- 4) Stopa udziału w zyskach nie może być mniejsza niż 90% stopy zysku osiągniętej przez Allianz z tytułu zainwestowanych Rezerw matematycznych, pomniejszonej o Techniczną stopę procentową, o ile różnica ta jest dodatnia.

Stopa udziału w zysku w Okresie rentowym = $0,9 * (j - i)$ w stosunku rocznym

Udział w zyskach w „k” Rocznicę rozpoczęcia Okresu rentowego wyliczany jest według wzoru:

$$UZ_k = V_{x_m,k} * 0,9 * (j - i)$$

gdzie:

- k – przyjmuje wartości 1, 2, 3 i kolejne, wskazuje na Rocznicę polisy
- j – stopa zysku osiągnięta w ciągu ostatnich 12 miesięcy z inwestycji środków pokrywających Rezerwę matematyczną, związaną z zawartą Umową ubezpieczenia
- i – Techniczna stopa procentowa
- $V_{x_m,k}$ – Rezerwa matematyczna z „k” Roczniczy rozpoczęcia Okresu rentowego, pomniejszona o wartość odpowiadającą wpłaconym w ostatnim Roku polisowym Składkom doraźnym.

- 5) Jeśli w Rocznicę polisy przypadającą w Okresie rentowym naliczony zostanie Udział w zyskach od zainwestowanych Rezerw matematycznych, to na podstawie tego udziału zostanie naliczone Dodatkowe świadczenie rentowe.

Część VIII. Świadczenie jednorazowe

Dowiedz się na jakiej podstawie, kiedy oraz komu wypłacamy pieniądze w formie jednorazowej.

Świadczenie w razie śmierci

§ 19

1.

- 1) W razie zajścia zdarzenia należy powiadomić Allianz o tym zdarzeniu. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
- 2) Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, Allianz ponadto w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem.

2.

- 1) Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia zgłoszenia roszczenia do Allianz. Rejestracja zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz następuje w ciągu:
 - a) 5 Dni roboczych od daty wpłynięcia zgłoszenia roszczenia do Centrali Allianz jeśli wysyłane jest na adres Centrali Allianz lub składane bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz,
 - b) 10 Dni roboczych od daty złożenia zgłoszenia roszczenia w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.
- 2) Osoba zgłaszająca roszczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:
 - a) odpis aktu zgonu,
 - b) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
 - c) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz oraz wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

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

3.

- 1) Allianz wypłaca świadczenie z tytułu śmierci w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu.
- 2) Jeśli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

4.

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie

osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

5.

- 1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego lub Uposażonych jako osobę/y uprawnioną/e do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, może też to wskazanie zmienić w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia.
- 2) Allianz jest związany dokonaną zmianą, począwszy od dnia wpłynięcia 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 przez Ubezpiezonego.
- 4) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpiezonego, traci prawo do świadczenia.

Do Ubezpiezonego należy wskazanie osób, które otrzymają świadczenie po jego śmierci. Zmiany dyspozycji można dokonać w każdym momencie trwania ubezpieczenia. Jeśli jednak Uposażeni i Uposażeni Zastępczy nie zostaną wyznaczeni, świadczenie z tytułu śmierci otrzymają osoby wskazane w ust. 6 pkt 4).

6.

- 1) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpiezonego.
- 2) W razie śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt 1) lub też utraty przez niego prawa do świadczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego, prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej temu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpiezonego.
- 3) W razie śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt 1) lub też utraty przez nich prawa do świadczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego, prawo do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy, z zachowaniem zasady określonej w pkt 2).
- 4) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpiezonego brak Uposażonych i Uposażonych Zastępczych lub też utracili oni prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - a) współmałżonkowi,
 - b) w równych częściach dzieciom Ubezpiezonego, jeżeli brak współmałżonka,
 - c) w równych częściach rodzicom Ubezpiezonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpiezonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - e) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpiezonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

Świadczenie jednorazowe z tytułu dożycia § 20

1.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (dożycia Ubezpiezonego dnia określonego w polisie jako Dzień Dożycia) należy powiadomić Allianz o tym zdarzeniu.

2.

- 1) Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- 2) Osoba zgłaszająca roszczenie dotyczące wypłaty przez Allianz w formie jednorazowej świadczenia z tytułu dożycia Ubezpiezonego dnia określonego w polisie jako Dzień dożycia powinna złożyć:
 - a) wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia,
 - b) kopię dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

3.

- 1) Świadczenie z tytułu dożycia w formie jednorazowej Allianz wypłaca w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu.
- 2) Jeśli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, Allianz zawiadamia o powyższym również Ubezpiezonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie.

4.

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, Allianz zawiadamia o powyższym również Ubezpiezonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie.

Część IX. Świadczenie rentowe

Dowiedz się jakie są zasady naliczania oraz sposoby wypłaty renty.

Jakie są warunki uzyskania Świadczenia rentowego oraz jak długo jest ono wypłacane?
§ 21

1.

- 1) Świadczenie z tytułu dożycia może zostać wypłacone w formie Świadczenia rentowego jeśli Kapitał początkowy wynosi co najmniej wartość minimalną wskazaną w Tabeli opłat i limitów.
- 2) Podstawą do wypłaty przez Allianz świadczenia w z tytułu dożycia Ubezpiezonego dnia określonego w polisie jako Dzień dożycia w formie rentowej, zgodnie z § 3 ust. 3, jest złożenie:
 - a) wniosku o wypłatę Świadczenia rentowego,
 - b) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

- 1) Naliczenie Świadczenia rentowego następuje na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia rentowego złożonego przez Ubezpiezonego oraz Ubezpieczającego (jeśli nie jest on jednocześnie Ubezpieczonym) na formularzu Allianz, wskazującego m.in.:
 - a) wybrany rodzaj, okres i częstotliwość Świadczenia rentowego,
 - b) długość Okresu odroczenia, o ile Ubezpieczający i Ubezpieczony o niego wnioskuje.Wniosek skutkuje rozpoczęciem Okresu odroczenia lub Okresu rentowego od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po zakończeniu Okresu składkowego.
- 2) Okres odroczenia wyznaczany jest w pełnych latach. Długość Okresu odroczenia może wynosić od roku do pięciu lat.
- 3) Na wniosek Ubezpieczającego i Ubezpiezonego Okres rentowy może rozpocząć się z pominięciem Okresu odroczenia.

3.

Wybór świadczenia w formie Renty dożywotniej lub w formie Renty dożywotniej z Gwarantowanym okresem wypłat możliwy jest jedynie gdy Ubezpieczony ukończył 50. rok życia a nie ukończył 71. roku życia.

Nie trzeba czekać do osiągnięcia wieku emerytalnego aby rozpocząć pobieranie regularnych wypłat z polisy.

Renta okresowa dostępna jest bez żadnych ograniczeń wiekowych, natomiast Renta dożywotnia lub dożywotnia z Gwarantowanym okresem wypłat dostępna jest już od 50. roku życia.

4.

- 1) Wnioskowany okres wypłaty Renty okresowej jest określony w polisie lub w aneksie do polisy wystawionym w wyniku złożonego wniosku o wypłatę Świadczenia rentowego, w pełnych latach i nie może być krótszy niż 5 lat i dłuższy niż 25 lat.
- 2) W przypadku Renty okresowej Allianz wypłaca Świadczenie rentowe niezależnie od tego, czy Ubezpieczony pozostaje przy życiu.

Wypłata Renty okresowej może trwać od 5 do 25 lat. Renta ta będzie wypłacana niezależnie od tego, czy Ubezpieczony pozostaje przy życiu.

5.

- 1) Gwarantowany okres wypłaty Renty dożywotniej określony jest w polisie lub w aneksie do polisy wystawionym w wyniku złożonego wniosku o wypłatę Świadczenia rentowego, w pełnych latach i może wynosić 10, 15, 20 lub 25 lat.
- 2) W przypadku Renty dożywotniej z Gwarantowanym okresem wypłat Allianz wypłaca Świadczenie rentowe przez okres Gwarantowany niezależnie od tego, czy Ubezpieczony pozostaje przy życiu.

6.

Renta dożywotnia (bez Gwarantowanego okresu wypłat) wypłacana jest do śmierci Ubezpieczonego.

Renta dożywotnia z okresem gwarantowanym w przypadku śmierci Ubezpieczonego będzie wypłacana Uposażonemu do końca okresu gwarantowanego. Renta dożywotnia natomiast wypłacana jest do śmierci Ubezpieczonego.

Jak naliczane jest Świadczenie rentowe i Dodatkowe świadczenie rentowe?

§ 22

1.

- 1) Podstawą do naliczenia Świadczenia rentowego jest Kapitał początkowy równy Sumie ubezpieczenia z tytułu dożycia oraz wartości Rachunku zysków na Dzień dożycia.
- 2) Wartość Rachunku zysków ustala się według Ceny sprzedaży Jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Rachunku zysków w dniu zarejestrowania w systemie obsługi polis Allianz wniosku o wypłatę Świadczenia rentowego. Rejestracja następuje w ciągu:
 - a) 5 Dni roboczych od daty wpłynięcia wniosku o wypłatę Świadczenia rentowego 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 wniosku o wypłatę Świadczenia rentowego w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.

2.

- 1) Allianz określa minimalną wysokość Świadczenia rentowego, jaka może być wypłacana Ubezpieczonemu, wskazując ją w Tabeli opłat i limitów.
- 2) Po zaakceptowaniu przez Allianz wniosku o wypłatę Świadczenia rentowego, Allianz wskaże wysokość Świadczenia rentowego, którą potwierdza w aneksie do polisy określającym warunki wypłaty Świadczenia rentowego.
- 3) Wysokość Świadczenia rentowego określonego w aneksie do polisy zostaje objęta gwarancją Allianz.
- 4) Naliczenie Świadczenia rentowego Allianz dokonuje w oparciu o Techniczną stopę procentową obowiązującą w dniu rozpoczęcia Okresu rentowego lub Okresu odroczenia – jeśli poprzedza on Okres rentowy.
- 5) W chwili naliczenia Świadczenia rentowego pobierany jest koszt obsługi wypłat Świadczeń rentowych, naliczany jako procent Kapitału początkowego, którego wartość wskazano w Tabeli opłat i limitów.

Zapoznaj się z minimalną wysokością regularnych wypłat (rent), które możesz otrzymywać oraz opłatą, która zostanie naliczona w momencie ich uruchomienia. Tabelę opłat i limitów znajdziesz na końcu dokumentu w załączniku.

3.

- 1) Naliczenie Dodatkowego świadczenia rentowego następuje w Okresie odroczenia i w Okresie rentowym od:
 - a) Składek doraźnych wpłaconych w danym okresie pomniejszych o koszt alokacji Składki doraźnej,
 - b) Udziału w zyskach za dany okres, o ile zostanie on naliczony zgodnie z § 18 ust. 2 i 3.
- 2) Naliczenie Dodatkowego świadczenia rentowego następuje w Rocznicę polisy.

4.

Wysokość Świadczenia rentowego i Dodatkowego świadczenia rentowego ustalana jest przez Allianz i zależy od:

- a) wieku Ubezpieczonego (w wypadku Renty dożywotniej),
- b) wysokości Kapitału początkowego,
- c) długości okresu wypłaty Renty okresowej (w wypadku Renty okresowej),
- d) długości Gwarantowanego okresu wypłat (w wypadku Renty dożywotniej z Gwarantowanym okresem wypłat),
- e) częstotliwości wypłat Świadczeń rentowych,
- f) długości Okresu odroczenia.

Jakie są zasady wypłaty Świadczenia rentowego?

§ 23

1.

- 1) Świadczenia rentowe i dodatkowe Świadczenie rentowe mogą być płatne miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie, w zależności od treści wniosku o wypłatę Świadczenia rentowego.

Świadczenie rentowe możesz wypłacać w odstępach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych lub rocznych – wybór należy do Ciebie.

- 2) Świadczenia rentowe i Dodatkowe świadczenie rentowe płatne są z dołu, w terminie 7 dni od zakończenia okresu za który są należne. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień obciążenia rachunku Allianz.
- 3) Świadczenia rentowe płatne są na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
- 4) Wypłata Dodatkowego świadczenia rentowego naliczonego za wpłaconą w Okresie odroczenia Składkę doraźną oraz za należny za ten okres Udział w zysku (o ile zostanie on naliczony zgodnie z § 18 ust. 2) następuje od Rocznicy polisy, od której przysługuje wypłata pierwszego Świadczenia rentowego.
- 5) Wypłata Dodatkowego świadczenia rentowego naliczonego za wpłaconą w Okresie rentowym Składkę doraźną oraz za należny w tym okresie Udział w zysku (o ile zostanie on naliczony zgodnie z § 18 ust. 3) następuje począwszy od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej w Okresie rentowym.

2.

- 1) W razie śmierci Ubezpieczonego w Gwarantowanym okresie wypłat Renty dożywotniej lub w okresie wypłaty Renty okresowej, Allianz, począwszy od najbliższego Świadczenia rentowego przypadającego po śmierci Ubezpieczonego, kontynuuje wypłatę Świadczenia rentowego Uposażonemu lub Uposażonym Zastępczym aż do upływu wyżej wymienionego okresu. Uposażeni lub Uposażeni Zastępczy mogą również złożyć wniosek o wypłatę świadczenia z formie Jednorazowego świadczenia rentowego, podzielonego pomiędzy wszystkich uprawnionych (obliczonego na zasadach określonych w § 24 ust. 1 pkt 2-3). Świadczenia rentowe są płatne na rachunek bankowy wskazany przez Uposażonych lub Uposażonych Zastępczych lub osobę uprawnioną do świadczenia. Do wypłaty Świadczenia rentowego w razie śmierci Ubezpieczonego postanowienia § 19 stosuje się odpowiednio.
- 2) Śmierć Ubezpieczonego w okresie wypłaty Renty dożywotniej nie stanowi podstawy do wypłaty świadczenia Uposażonemu.

3.

- 1) W Okresie rentowym Allianz może zażądać aby Ubezpieczony doręczył Allianz swoje oświadczenia potwierdzające fakt pozostawania przy życiu w formie pisemnej lub z podpisem poświadczonym notarialnie, sporządzone po dacie otrzymania przez Ubezpieczonego żądania Allianz.
- 2) Nie wywiązanie się z obowiązku, o którym mowa w pkt 1), może spowodować wstrzymanie przez Allianz wypłat Świadczenia rentowego do czasu wyjaśnienia czy nie doszło do zgonu Ubezpieczonego.
- 3) W okresie wypłaty Świadczenia rentowego Allianz jest uprawniony do potwierdzania w Polskim Elektronicznym Systemie Ewidencji Ludności lub innym systemie ewidencji ludności prowadzonej przez właściwy organ faktu pozostawania przy życiu lub zgonu osoby uprawnionej do Świadczenia rentowego.

Czy można zmienić formę renty po rozpoczęciu jej wypłacania?

§ 24

1.

- 1) W Gwarantowanym okresie wypłaty Renty dożywotniej oraz w okresie wypłaty Renty okresowej Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo do złożenia wniosku o wypłatę Jednorazowego świadczenia rentowego, co skutkuje rozwiązaniem Umowy i zaprzestaniem dalszych wypłat renty. Złożony wniosek o wypłatę Jednorazowego świadczenia rentowego wywołuje skutek w postaci rozwiązania Umowy od pierwszego dnia najbliższego Miesiąca polisowego następującego po dniu wpływu wniosku do Allianz.

Nawet jeśli otrzymujesz już regularne wypłaty, z tytułu Renty dożywotniej z Gwarantowanym okresem wypłat lub z tytułu Renty okresowej, możesz zmienić swoją decyzję i wypłacić pozostałe pieniądze w formie jednorazowej.

- 2) Jednorazowe świadczenie rentowe w Gwarantowanym okresie wypłaty Renty dożywotniej będzie stanowiło sumę bieżących wartości nie wypłaconych Świadczeń rentowych, należnych w okresie od dnia rozwiązania Umowy do końca Gwarantowanego okresu wypłat.
- 3) Jednorazowe świadczenie rentowe w Gwarantowanym okresie wypłaty Renty okresowej jest równe wartości Rezerwy matematycznej na pierwszy dzień Miesiąca polisowego następujący po dniu wpływu do Allianz wniosku o wypłatę Jednorazowego świadczenia rentowego do Allianz.
- 4) Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Allianz Jednorazowego świadczenia rentowego są:
 - a) wniosek o wypłatę Jednorazowego świadczenia rentowego,
 - b) inne niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia wniosku dokumenty wskazane przez Allianz na piśmie po wypłynięciu do Allianz wniosku.
- 5) Kwota należna z tytułu wypłaty Jednorazowego świadczenia rentowego zostanie wypłacona Ubezpieczonemu w formie jednorazowej wypłaty.
- 6) Allianz wypłaci Jednorazowe świadczenie rentowe w terminie 30 dni od dnia wpływu do Allianz wniosku o wypłatę Jednorazowego świadczenia rentowego.

2.

- 1) W Okresie odroczenia oraz w Okresie rentowym Ubezpieczony w Rocznice polisy ma prawo do zmiany rodzaju Świadczenia rentowego.
- 2) Renta okresowa może zostać zmieniona na wypłatę:
 - a) Renty dożywotniej z Gwarantowanym okresem wypłat,
 - b) Renty dożywotniej.
- 3) Renta dożywotnia z Gwarantowanym okresem wypłat może zostać zmieniona na wypłatę Renty dożywotniej.
- 4) Renta dożywotnia nie podlega zmianom.
- 5) Zmiana dokonywana jest na wniosek Ubezpieczonego. W przypadku akceptacji wniosku Allianz dokona rekalkulacji wysokości Świadczenia rentowego o czym poinformuje Ubezpieczonego poprzez wystawienie aneksu do polisy.

Część X. Postanowienia końcowe, w tym zasady komunikacji w trakcie trwania Umowy

Sprawdź jak dokonać zmian w Umowie oraz jakie są obowiązki informacyjne Allianz. Dowiedz się co to jest ubezpieczenie na cudzy rachunek oraz gdzie możesz się zwrócić gdybyś był niezadowolony z ubezpieczenia.

Zmiany w Umowie ubezpieczenia § 25

1.

Zawiadomienia i oświadczenia w związku z Umową ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, chyba że o.w.u. 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., zawiadomienia i oświadczenia związane z wykonywaniem Umowy, wskazane w regulaminie świadczenia usług za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, mogą na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego mieć formę inną niż pisemna.

2.

Czas trwania Okresu składkowego oraz Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci i Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia zostają określone w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia i nie mogą ulec zmianie z zastrzeżeniem §11 ust. 2 i 3.

3.

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.

Obowiązki informacyjne Allianz § 26

1.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy, Allianz przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

2.

Allianz na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 3, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy, a także o wartości wykupu ubezpieczenia. Informacje, o których mowa wyżej Ubezpieczyciel może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

3.

Allianz przekazuje Ubezpieczającemu informacje, o których mowa w ust. 2 po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy.

Ubezpieczenie na cudzy rachunek § 27

1.

Zmiana Umowy na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.

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

2.

- 1) W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w § 26 ust. 1-2. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia – w przypadku informacji, o których mowa w § 26 ust. 1;
 - b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu – w przypadku informacji, o których mowa w § 26 ust. 2.
- 2) Ubezpieczyciel, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone § 26 w ust. 1-2.

3.

W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony to dwie różne osoby, w Okresie rentowym Ubezpieczający może udzielić Ubezpieczonemu pełnomocnictwa do rozwiązania Umowy.

4.

Jeśli Ubezpieczający i Ubezpieczony to dwie różne osoby, w razie śmierci Ubezpieczającego albo utraty przez niego zdolności do czynności prawnych, w miejsce Ubezpieczającego może wstąpić Ubezpieczony, o ile Ubezpieczony i Ubezpieczający za życia wyrażą taką wolę.

5.

- 1) W razie śmierci Ubezpieczającego, Ubezpieczony zobowiązany jest powiadomić o tym Allianz.
- 2) Wstąpienie Ubezpieczonego w miejsce Ubezpieczającego, zgodnie z zapisami ust. 4, następuje z chwilą śmierci Ubezpieczającego, po okazaniu przez Ubezpieczonego odpisu aktu zgonu.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji § 28

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie

Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.

Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam poprawiać nasze usługi. Dlatego jesteśmy otwarci na Twoje sugestie lub pytania. Zapraszamy do kontaktu pod numerem telefonu: 224 224 224, listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa lub elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub adresu skargi@allianz.pl.

Postanowienia końcowe

§ 29

1.

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

2.

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

3.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 236/2015 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz
Prezes Zarządu

Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu

Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia Plan z gwarancją kapitału

Tabela opłat i limitów

Tabela opłat

1.	Opłata za Ochronę tymczasową (pobierana w ramach składki za Umowę ubezpieczenia)	za każdy dzień udzielania Ochrony tymczasowej 1‰ w skali roku Sumy ubezpieczenia wskazanej w dokumencie potwierdzenia Ochrony tymczasowej
2.	Koszt alokacji Składki indeksacyjnej	5% wysokości składki
3.	Koszt alokacji Składki doraźnej: <ul style="list-style-type: none"> w Okresie składkowym w Okresie odroczenia lub rentowym 	<ul style="list-style-type: none"> 5% wysokości składki 4% wysokości składki
4.	Zwyżka wysokości Składki regularnej przy płatności innej niż roczna: <ul style="list-style-type: none"> dla płatności miesięcznej dla płatności kwartalnej dla płatności półrocznej 	<ul style="list-style-type: none"> 6% wysokości składki rocznej 4% wysokości składki rocznej 2% wysokości składki rocznej
5.	Opłata za przeniesienie środków pomiędzy Funduszami <ul style="list-style-type: none"> 12 pierwszych przeniesień w Roku polisowym każde kolejne przeniesienie w Roku polisowym 	<ul style="list-style-type: none"> bezpłatnie 20 zł
6.	Opłata za zmianę alokacji składki <ul style="list-style-type: none"> 12 pierwszych zmian alokacji składki w Roku polisowym każda kolejna zmiana alokacji składki w Roku polisowym 	<ul style="list-style-type: none"> bezpłatnie 20 zł
7.	Różnica między Ceną kupna i Ceną sprzedaży Jednostki uczestnictwa	0%
8.	Opłata za zarządzanie Funduszem	zgodnie ze wskazaniem w Regulaminie
9.	Opłata wznowieniowa związana ze wznowieniem Umowy ubezpieczenia	40 zł
10.	Koszt obsługi wypłat Świadczeń rentowych pobierany od Kapitału początkowego w chwili naliczenia Świadczenia rentowego	5%

Tabela limitów

Umowa główna			
1.	Minimalna wysokość Składki regularnej	miesięczna kwartalna półroczna roczna	100 zł
2.	Poziom ochrony ubezpieczeniowej	1 : 0,5 – w przypadku dożycia wypłata 50% Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci 1 : 1,0 – w przypadku dożycia wypłata 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci 1 : 1,5 – w przypadku dożycia wypłata 150% Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci 1 : 2,0 – w przypadku dożycia wypłata 200% Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci	
3.	Minimalna Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci	5 000 zł	
4.	Współczynnik Udziału w zyskach	90%	
5.	Wysokość Technicznej stopy procentowej (w Okresie składkowym)	2,00%	
6.	Minimalna Składka doraźna: <ul style="list-style-type: none"> Okres składkowy Okres odroczenia i rentowy 	<ul style="list-style-type: none"> 500 zł 5 000 zł 	
7.	Minimalna wartość Kapitału początkowego pozwalająca na obliczenie Świadczenia rentowego, rozpoczęcie Okresu odroczenia lub Okresu rentowego jeśli nie był poprzedzony Okresem odroczenia	30 000 zł	
8.	Minimalna wysokość Świadczenia rentowego (niezależnie od częstotliwości wypłat)	100 zł	

**Warunki Umowy dodatkowej – Śmierć wskutek wypadku
(kod produktu: DNW2)**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 9 i 18) - § 8 ust. 1, ust. 3 i ust. 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 3 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 1), 3), 4), 5), 7), 9), 18) – § 3 ust. 4 – §10 ust. 3
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki Umowy dodatkowej – Śmierć wskutek wypadku (kod produktu: DNW2)

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 stanowią treści Umowy ubezpieczenia, lecz pełnią jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i dlatego nie zastępują one pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

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

Czego dotyczy niniejszy dokument?

§ 1

1.

Niniejsze warunki Umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnych umów ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie (zwanymi dalej Umowami głównymi) zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A. (zwane dalej Allianz).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, gdy Umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

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 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) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie.
- 3) **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, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona.
- 4) **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 działalności Ubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni lub innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek.
- 5) **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.
- 6) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej. Pierwszy Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy, każdy kolejny Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia

ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.

- 7) **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.
- 8) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w polisie lub aneksie do polisy, w którym Allianz zaczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- 9) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
 - a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
 - b) energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - c) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
 - d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.

Jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia Ubezpieczonego nie są Przyczyną zewnętrzną według niniejszych warunków.
- 10) **Rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.
- 11) **Składka** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej, zwana również w treści warunków Umowy głównej składką regularną dodatkową.
- 12) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie lub aneksie do polisy kwota, która będzie wypłacona na wypadek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 13) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła Umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania Składek.
- 14) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie objęte jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- 15) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia – Śmierć wskutek wypadku.
- 16) **Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym.
- 17) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci. Uposażonym w rozumieniu niniejszych warunków jest również Uposażony Zastępczy o ile postanowienia Umowy głównej przewidują zasady i sposób jego ustanowienia.
- 18) **Wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
 - a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) jest wywołane Przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
 - c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z Przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 19) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie przez Allianz decyzji o warunkach, na jakich przyjmie on odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej, dokonane na podstawie złożonego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej wraz z wymaganymi dokumentami oraz na podstawie innych, niezbędnych informacji uzyskanych od Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy dodatkowej.
- 20) **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.

Jaki 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, jeżeli spełnione zostaną łącznie następujące warunki:

- Wypadek, w rezultacie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci i nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
- śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku nastąpiła przed upływem 12 miesięcy od daty Wypadku.

Posiadając Umowę dodatkową – Śmierć wskutek wypadku, masz pewność, że to Allianz udzieli wsparcia finansowego Twoim bliskim, gdyby Cię nagle zabrakło.

3.

Ograniczenia odpowiedzialności

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje Zdarzenia będącego wynikiem:

- 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,
 - Wypadku lotniczego, z wyjątkiem Wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
 - zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - 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 rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w Aktach terroru,
 - 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,
 - uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z Wypadkiem,
 - 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,
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek Wypadku,
 - chorób somatycznych, w tym zawału serca, udaru mózgu, napadów epileptycznych, stanów drgawkowych lub zaburzeń świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był Wypadek,
 - chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, pojazdu niedopuszczonego do ruchu, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.
- W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

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 zjawisko Zdarzenia.

W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?

§ 4

1.

- 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.
- Umowa dodatkowa jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego na formularzu wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej udostępnionym przez Allianz.
- Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty, Allianz dostarcza Ubezpieczającemu tekst warunków Umowy dodatkowej.
- Allianz ma prawo odmówić zawarcia Umowy dodatkowej.

2.

- Zawarcie Umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem Umowy głównej lub w trakcie jej trwania, w terminie zgodnym z terminem płatności składki regularnej z Umowy głównej.
- Allianz wyraża zgodę na zawarcie Umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
 - złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem Umowy dodatkowej,
 - 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,
 - 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 lub w trakcie trwania Umowy głównej.

3.

- Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej oraz na podstawie przedstawionych dokumentów Allianz zastrzega sobie prawo do:
 - niezaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia Umowy dodatkowej,
 - zapropionowania Ubezpieczającemu zawarcia Umowy dodatkowej 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 dodatkowej następuje poprzez dostarczenie Ubezpieczającemu najpóźniej przy doręczeniu polisy lub aneksu do polisy, pisma w którym Allianz zwróci Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) uwagę na postanowienia Umowy dodatkowej odbiegające od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku oraz wyznaczy Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu co najmniej 7-dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontrofereta Allianz została przyjęta, a Umowa dodatkowa zostaje zawarta zgodnie z warunkami przyjętymi przez Allianz w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu Umowę dodatkową uważa się za niezawartą.

4.

W przypadku odmowy przez Allianz zawarcia Umowy dodatkowej lub wniesienia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 3 pkt 2), Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w terminie 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie lub odpowiednio daty złożenia sprzeciwu w Allianz.

5.

Umowa dodatkowa nie dochodzi do skutku, jeżeli Składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

6.

- 1) Ubezpieczający i Ubezpieczony mają obowiązek podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które byli zapytywani przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej. W razie Zaakceptowania ryzyka przez Allianz mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uznaje się za nieistotne.
- 2) Jeśli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie wypełnią obowiązku, o którym mowa w pkt 1) powyżej, zastosowanie mają postanowienia § 3 ust. 4.

7.

- 1) Umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 pkt 2).
- 2) Allianz podejmuje decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- 3) Allianz poinformuje o Zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę lub aneks do polisy, potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej.

8.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłacenia Składki.

Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?

§ 5

1.

- 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 głównej,
 - c) do dnia przekształcenia Umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - d) do dnia dożycia, w przypadku Umowy głównej będącej ubezpieczeniem na życie i dożycie,
 - e) do dnia śmierci Ubezpieczonego.
- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, 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 rocznych okresów ubezpieczenia. Po upływie pierwszej Umowy dodatkowej kolejne Umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

2.

Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

3.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 2, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od Umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

4.

- 1) Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 1 pkt 1) oraz ust. 2, Umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.
- 2) W razie wypowiedzenia Umowy dodatkowej ubezpieczenia Allianz dokona zwrotu części składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

Jeśli zmienisz zdanie i poinformujesz nas o chęci rezygnacji z umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną jedynie o koszty ochrony za okres, w którym jej udzielaliśmy.

Jeżeli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie, Twoja rezygnacja spowoduje rozwiązanie umowy dodatkowej z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.

O chęci rezygnacji możesz przykładowo poinformować nas składając pismo osobiście lub listownie w Centrali Allianz, a także w dowolnym oddziale lub u Agenta Allianz.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej lub z upływem okresu na jaki została ona zawarta, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania Umowy głównej wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy głównej.

6.

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania Składek może ona zostać wznowiona za zgodą i na warunkach zaproponowanych przez Allianz, o ile jednoczesnemu wznowieniu ulega Umowa główna.

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

§ 6

1.

Składka z tytułu Umowy dodatkowej opłacana jest regularnie w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu Umowy głównej. Obowiązek opłacania Składki z tytułu Umowy dodatkowej trwa do końca okresu ochrony z tytułu Umowy dodatkowej.

2.

Wysokość Składki 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 z tytułu Umowy dodatkowej. Składka 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 § 10 ust. 2 pkt 2), wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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.

- 1) Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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 zmiany Składki w następnej Umowie dodatkowej.
- 2) Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej Umowy dodatkowej oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużeniu Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 2).
- 3) Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie Umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość Składki zaproponowaną przez Allianz.

5.

Składka może ulec zmianie w Rocznicy polisy w wyniku indeksacji Sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 7.

6.

- 1) Datą opłacenia Składki jest dzień wpływu Składki z tytułu Umowy dodatkowej i Umowy głównej w pełnej wysokości na wskazany przez Allianz rachunek bankowy.
- 2) Konsekwencje nieopłacenia składki przewidziane w warunkach Umowy głównej mają odpowiednie zastosowanie do Składki z tytułu Umowy dodatkowej płatnej łącznie ze składką z tytułu Umowy głównej.

Na czym polega indeksacja Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej?

§ 7

1.

- 1) W Rocznicę polisy Suma ubezpieczenia z Umowy dodatkowej może podlegać indeksacji, pod warunkiem, że wiek Ubezpieczonego nie przekroczy 71 lat.
- 2) W wyniku indeksacji Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej zmianie ulega również Składka z tytułu tej Umowy dodatkowej.
- 3) Indeksacja ma na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia.

2.

Przed Rocznicą polisy Allianz może określić wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość Sumy ubezpieczenia i w konsekwencji nową Składkę z tytułu Umowy dodatkowej.

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 umów, których Rocznica polisy przypada w okresie pomiędzy 1 stycznia a 31 grudnia następnego roku.

4.

- 1) Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji.
- 2) Odmowa indeksacji Sumy ubezpieczenia i w konsekwencji podwyższenia Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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 indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, powiadom nas o swojej decyzji i złóż stosowne oświadczenie w ciągu 14 dni od otrzymania propozycji.

5.

- 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.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?

§ 8

1.

- 1) W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego należy powiadomić Allianz o tym Zdarzeniu. W przypadku Umowy dodatkowej zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
- 2) Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- 3) Osoba zgłaszająca roszczenie powinna wypełnić druk zgłoszenia roszczenia.
- 4) 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 sekcyjnego 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 wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
- Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument, notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

- 1) Allianz wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu.
- 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 3) Jeżeli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- 4) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

3.

- 1) Uposażony wskazany przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci z tytułu Umowy głównej jest jednocześnie Uposażonym do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci z tytułu Umowy dodatkowej.
- 2) Zasady dotyczące praw Uposażonych określone w warunkach Umowy głównej mają odpowiednie zastosowanie w Umowie dodatkowej.
- 3) Osobom wskazanym w warunkach Umowy głównej jako uprawnione do otrzymania świadczenia w razie braku Uposażonych lub utraty przez Uposażonych prawa do świadczenia, przysługuje również świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej na zasadach określonych w warunkach Umowy głównej.

Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?

§ 9

1.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy dodatkowej, Allianz przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

2.

Allianz na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 3, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej. W przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, Allianz informuje Ubezpieczającego o zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

3.

Allianz przekazuje Ubezpieczającemu informacje, o których mowa w ust. 2 po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany Sumy ubezpieczenia?

§ 10

1.

- 1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z uwzględnieniem limitu o którym mowa w pkt 2).
- 2) Minimalna dopuszczalna wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł.
- 3) Zmiana Sumy ubezpieczenia może nastąpić w terminie odpowiadającym terminowi opłacania Składek.

2.

- 1) Z prawa do podwyższenia Sumy ubezpieczenia można skorzystać, pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:
 - a) wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia nie przekroczy 71 lat,
 - b) Ubezpieczony złożył wskazane przez Allianz oświadczenie i informację o stanie zdrowia oraz doręczył na żądanie Allianz wszelką dokumentację (w tym medyczną) niezbędną do oceny ryzyka, a także poddał się 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.
- 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 pkt 1), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość Składki przedstawionej przez Allianz.
- 3) Z prawa do obniżenia Sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od zawarcia Umowy dodatkowej.

Od początku trwania Umowy dodatkowej możesz podwyższyć Sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od jej zawarcia możesz skorzystać z prawa do obniżenia Sumy ubezpieczenia.

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 Ubezpieczeniowego było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?

§ 11

1.

Zmiana Umowy dodatkowej na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci wskutek wypadku Ubezpieczonego wymaga zgody Ubezpieczonego.

2.

- 1) W przypadku Umowy dodatkowej zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w § 9 ust. 1-2. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub prawa właściwego dla Umowy dodatkowej – w przypadku informacji, o których mowa w § 9 ust. 1;
 - b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Allianz Ubezpieczającemu – w przypadku informacji, o których mowa w § 9 ust. 2.
- 2) Allianz, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone w § 9 w ust. 1-2. Ubezpieczony może żądać by Allianz udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia.

3.

W razie śmierci Ubezpieczającego lub utraty przez niego zdolności do czynności prawnych w jego miejsce może wstąpić Ubezpieczony o ile

postanowienia Umowy głównej przewidują zasady i sposób takiego wstąpienia.

Jak postępować w przypadku składania reklamacji?

§ 12

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.

Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam poprawiać nasze usługi. Dlatego jesteśmy otwarci na Twoje sugestie lub pytania. Zapraszamy do kontaktu pod numerem telefonu: 224 224 224, listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa lub elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub adresu skargi@allianz.pl.

Postanowienia końcowe

§ 13

1.

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.

2.

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 i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

3.

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

5.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 238/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Veit Stutz

Prezes Zarządu



Krzysztof Szypuła

Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński

Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek

Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan

Wiceprezes Zarządu

Warunki Umowy dodatkowej – Poważne zachorowania

(kod produktu: DPZ2 – wariant standard, DPZR – wariant komfort)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none">– § 3 ust. 2– § 3 ust. 3 pkt 1) w związku z § 2 pkt 21)– § 8 ust. 1 pkt 1), 3) i 4)– § 8 ust. 3– dla umowy ubezpieczenia w wariantcie standard: choroby i zabiegi operacyjne wymienione w Załączniku nr 1, zdefiniowane w Załączniku nr 2 każdorazowo w części oznaczonej literą A, z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 3) i 19)– dla umowy ubezpieczenia w wariantcie komfort: choroby i zabiegi operacyjne wymienione w Załączniku nr 2, zdefiniowane w Załączniku nr 2 każdorazowo w części oznaczonej literą A, z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 3) i 19)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<ul style="list-style-type: none">– § 3 ust. 3 pkt 2) – 4)– § 3 ust. 4 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 1), 4) i 7)– § 3 ust. 5– § 4 ust. 8– § 10 ust. 3 - 4– dla umowy ubezpieczenia w wariantcie standard: ograniczenia oraz wyłączenia dotyczące chorób i zabiegów operacyjnych wymienionych w Załączniku nr 1, określone są w Załączniku nr 2 każdorazowo w części oznaczonej literą B– dla umowy ubezpieczenia w wariantcie komfort: ograniczenia oraz wyłączenia dotyczące chorób i zabiegów operacyjnych wymienionych w Załączniku nr 2, określone są w Załączniku nr 2 każdorazowo w części oznaczonej literą B
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki Umowy dodatkowej – Poważne zachorowania (kod produktu: DPZ2 – wariant standard, DPZR – wariant komfort)

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 stanowią treści Umowy ubezpieczenia, lecz pełnią jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i dlatego nie zastępują one pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

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 indywidualnych umów ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie (zwanymi dalej Umowami głównymi) zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A. (zwane dalej Allianz).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, gdy Umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

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 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) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie.
- 3) **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 zadowolającej 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.
- 4) **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.
- 5) **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.

- 6) **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.
- 7) **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.
- 8) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej. Pierwszy Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy, każdy kolejny Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.
- 9) **Lekarz uprawniony** – lekarz wskazany przez Allianz i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej osoby objętej ubezpieczeniem oraz do weryfikacji stanu zdrowia tej osoby na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz do przeprowadzania badań lekarskich i przygotowywania opinii oraz ekspertyz lekarskich.
- 10) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
 - a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
 - b) energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - c) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
 - d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.Jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia Ubezpieczonego nie są Przyczyną zewnętrzną według niniejszych warunków.
- 11) **Rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.
- 12) **Składka** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej, zwana również w treści warunków Umowy głównej składką regularną dodatkową.
- 13) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie lub aneksie do polisy kwota, która będzie wypłacona na wypadek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 14) **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.
- 15) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła Umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania Składek.
- 16) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- 17) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

- 18) **Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym.
- 19) **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 Umowy dodatkowej,
 - było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z Przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 20) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie przez Allianz decyzji o warunkach, na jakich przyjmie on odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej, dokonane na podstawie złożonego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej wraz z wymaganymi dokumentami oraz na podstawie innych, niezbędnych informacji uzyskanych od Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy dodatkowej.
- 21) **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 1 (w wariantcie standard) lub Załącznik nr 2 (w wariantcie komfort) do niniejszych warunków Umowy dodatkowej.

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:

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

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.

- 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.
- Zdarzeniem objętym odpowiedzialnością Allianz z tytułu Umowy dodatkowej nie jest:
 - 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.
 - zabieg operacyjny wymieniony w Katalogu poważnych zachorowań (Załącznik nr 1 i Załącznik nr 2) jeżeli choroba będąca 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.
- 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 z poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie, oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego, za które wypłacono świadczenie.
- Skorzystanie z prawa do podwyższenia Sumy ubezpieczenia, o którym mowa w § 10, nie skutkuje nabyciem uprawnień do większej liczby świadczeń.

4.

Ograniczenia odpowiedzialności

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje Zdarzenia będącego wynikiem:

- 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 lekar-skim bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - Wypadku lotniczego, z wyjątkiem Wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
 - zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - 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 w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego,
 - chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Zdarzenia.
- W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

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.

W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?

§ 4

1.

- 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.
- Umowa dodatkowa jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego na formularzu z wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej udostępnionym przez Allianz.
- Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty, Allianz dostarcza Ubezpieczającemu tekst warunków Umowy dodatkowej wraz z załącznikami.
- Allianz ma prawo odmówić zawarcia Umowy dodatkowej.

2.

- Zawarcie Umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem Umowy głównej lub w trakcie jej trwania, w terminie zgodnym z terminem płatności składki regularnej z tytułu Umowy głównej.

- 2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie Umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
- złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem Umowy dodatkowej,
 - 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,
 - 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 lub w trakcie trwania Umowy głównej.

3.

- Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej oraz na podstawie przedstawionych dokumentów Allianz zastrzega sobie prawo do:
 - niezaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia Umowy dodatkowej,
 - zapropozowania Ubezpieczającemu zawarcia Umowy dodatkowej 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 dodatkowej następuje poprzez dostarczenie Ubezpieczającemu najpóźniej przy doręczeniu polisy lub aneksu do polisy, pisma w którym Allianz zwróci Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) uwagę na postanowienia Umowy dodatkowej odbiegające od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku oraz wyznaczy Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu co najmniej 7-dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Allianz została przyjęta, a Umowa dodatkowa zostaje zawarta zgodnie z warunkami przyjętymi przez Allianz w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu Umowę dodatkową uważa się za niezawartą.

4.

W przypadku odmowy przez Allianz zawarcia Umowy dodatkowej lub wniesienia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 3 pkt 2), Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w terminie 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie lub odpowiednio daty złożenia sprzeciwu w Allianz.

5.

Umowa dodatkowa nie dochodzi do skutku, jeżeli Składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

6.

- Ubezpieczający i Ubezpieczony mają obowiązek podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które byli zapytywani przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej. W razie Zaakceptowania ryzyka przez Allianz mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uznaje się za nieistotne.
- Jeśli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie wypełnią obowiązku, o którym mowa w pkt 1) powyżej, zastosowanie mają postanowienia § 3 ust. 5.

7.

- Umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 pkt 2).
- Allianz podejmuje decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Allianz poinformuje o Zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę lub aneks do polisy, potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej.

8.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty wskazanej w polisie lub aneksie do polisy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłacenia Składki.

Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?

§ 5

1.

- Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
 - do dnia Rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 66 lat,
 - do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - do dnia przekształcenia Umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - do dnia dożycia, w przypadku Umowy głównej będącej ubezpieczeniem na życie i dożycie,
 - do dnia śmierci Ubezpieczonego.
- Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy dodatkowej.
- Jeżeli pierwsza Umowa dodatkowa zawierana jest poza Rocznicą polisy, wówczas trwa ona krócej niż 5 lat, tj. od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej Rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej Umowy dodatkowej, kolejna Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia zasadach wskazanych w pkt 2).

2.

Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

3.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 2, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od Umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

4.

- Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 1 pkt 1) oraz ust. 2, Umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.
- Wrazie wypowiedzenia Umowy dodatkowej ubezpieczenia Allianz dokona zwrotu części składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia..

Jeśli zmienisz zdanie i poinformujesz nas o chęci rezygnacji z umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną jedynie o koszty ochrony za okres, w którym jej udzieliśmy.

Jeżeli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie, Twoja rezygnacja spowoduje rozwiązanie umowy dodatkowej z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.

O chęci rezygnacji możesz przykładowo poinformować nas składając pismo osobiście lub listownie w Centrali Allianz, a także w dowolnym oddziale lub u Agenta Allianz.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej lub z upływem okresu na jaki została ona zawarta, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania Umowy głównej wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy głównej.

6.

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania Składek może ona zostać wznowiona za zgodą i na warunkach zaproponowanych przez Allianz, o ile jednocześnie wznowieniu ulega Umowa główna.

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

§ 6

1.

Składka z tytułu Umowy dodatkowej opłacana jest regularnie w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu Umowy głównej. Obowiązek opłacania Składki z tytułu Umowy dodatkowej trwa do końca okresu ochrony z tytułu Umowy dodatkowej.

2.

Wysokość Składki 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 uzależniona jest również od występowania ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 4 ust. 8, § 10 ust. 3. Składka może być podwyższona przez Allianz, w stosunku do obowiązujących taryf, w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwagi na następujące czynniki:

- czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
- uprawiany przez Ubezpieczonego sport lub hobby,
- wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
- tryb życia Ubezpieczonego,
- miejsce pobytu Ubezpieczonego.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 10 ust. 2 pkt 2), wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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 z tytułu Umowy dodatkowej 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 zmiany Składki w następnej Umowie dodatkowej.
- Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej Umowy dodatkowej oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużeniu Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 2).
- Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie Umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokości Składki zaproponowanej przez Allianz.

5.

Składka może ulec zmianie w Rocznicę polisy w wyniku indeksacji Sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 7.

6.

- Datą opłacenia Składki jest dzień wpływu Składki z tytułu Umowy dodatkowej i Umowy głównej w pełnej wysokości na wskazany przez Allianz rachunek bankowy.
- Konsekwencje nieopłacenia składki przewidziane w warunkach Umowy głównej mają odpowiednie zastosowanie do Składki z tytułu Umowy dodatkowej płatnej łącznie ze składką z tytułu Umowy głównej.

Na czym polega indeksacja Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej?

§ 7

1.

- W Rocznicę polisy Suma ubezpieczenia z Umowy dodatkowej może podlegać indeksacji, pod warunkiem, że wiek Ubezpieczonego nie przekroczy 65 lat.
- W wyniku indeksacji Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej zmianie ulega również Składka z tytułu tej Umowy dodatkowej.
- Indeksacja ma na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia.

2.

Przed Rocznicą polisy Allianz może określić wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość Sumy ubezpieczenia i w konsekwencji nową Składkę z tytułu Umowy dodatkowej.

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 umów, których Rocznicą polisy przypada w okresie pomiędzy 1 stycznia a 31 grudnia następnego roku.

4.

- Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji.
- Odmowa indeksacji Sumy ubezpieczenia i w konsekwencji podwyższenia Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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 indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, powiadom nas o swojej decyzji i złóż stosowne oświadczenie w ciągu 14 dni od otrzymania propozycji.

5.

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

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?

§ 8

1.

- W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego należy powiadomić Allianz o tym Zdarzeniu. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić w szczególności również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony do umowy ubezpieczenia.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- Osoba zgłaszająca roszczenie powinna wypełnić druk zgłoszenia roszczenia.
- 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 wpłynięciu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia.Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument, notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

Wrazie 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 śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym.

5.

- 1) Allianz wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu.
- 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 3) Jeżeli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie:
 - a) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - b) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- 4) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie:
 - a) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - b) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?

§ 9

1.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy dodatkowej, Allianz przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informację w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

2.

Allianz na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 3, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej. W przypadku gdy z Umowy dodatkowej przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, Allianz informuje Ubezpieczającego o zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

3.

Allianz przekazuje Ubezpieczającemu informacje, o których mowa w ust. 2 po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany Sumy ubezpieczenia?

§ 10

1.

- 1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z uwzględnieniem limitu o którym mowa w pkt 2).
- 2) Minimalna dopuszczalna wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł.

- 3) Zmiana Sumy ubezpieczenia może nastąpić w terminie odpowiadającym terminowi opłacania Składek.

2.

- 1) Z prawa do podwyższenia Sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania Umowy dodatkowej, pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:
 - a) wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia nie przekroczy 65 lat,
 - b) Ubezpieczony złożył wskazane przez Allianz oświadczenie i informacje o stanie zdrowia oraz doręczył na żądanie Allianz wszelką dokumentację (w tym medyczną) niezbędną do oceny ryzyka, a także poddał się 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.
- 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 pkt 1), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość Składki przedstawionej przez Allianz.
- 3) Z prawa do obniżenia Sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od zawarcia Umowy dodatkowej.

Od początku trwania Umowy dodatkowej możesz podwyższyć Sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od jej zawarcia możesz skorzystać z prawa do obniżenia Sumy ubezpieczenia.

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 Ubezpieczeniowego było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Jak postępować w przypadku składania reklamacji?

§ 11

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.

Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam poprawiać nasze usługi. Dlatego jesteśmy otwarci na Twoje sugestie lub pytania. Zapraszamy do kontaktu pod numerem telefonu: 224 224 224, listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa lub elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub adresu skargi@allianz.pl.

Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek? § 12

1.
Zmiana Umowy dodatkowej na niekorzyść Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.

- 2.
- 1) W przypadku Umowy dodatkowej zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w § 9 ust. 1-2. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu:
- a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub prawa właściwego dla Umowy dodatkowej – w przypadku informacji, o których mowa w § 9 ust. 1;
 - b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Allianz Ubezpieczającemu – w przypadku informacji, o których mowa w § 9 ust. 2.
- 2) Allianz, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone w § 9 w ust. 1 – 2. Ubezpieczony może żądać by Allianz udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy dodatkowej oraz ogólnych warunków umowy dodatkowej.

3.
W razie śmierci Ubezpieczającego lub utraty przez niego zdolności do czynności prawnych w jego miejsce może wstąpić Ubezpieczony o ile postanowienia Umowy głównej przewidują zasady i sposób takiego wstąpienia

Postanowienia końcowe § 13

1.
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.

2.
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 i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

- 3.
- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
 - 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4.
Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

5.
Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 239/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.


Veit Stutz
Prezes Zarządu


Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu


Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu


Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu


Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu

Załącznik nr 1

do warunków Umowy dodatkowej

– poważne zachorowania

Katalog poważnych zachorowań – wariant standard (definicje zgodnie z Załącznikiem nr 2)	
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

Załącznik nr 2

do warunków Umowy dodatkowej

– poważne zachorowania

Katalog poważnych zachorowań – wariant komfort		
UKŁAD KRĄŻENIA		
1.	Zawał serca	<p>A.</p> <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,</p> <p>b) zmiany w EKG wskazujące na nowe niedokrwienie (nowe zmiany odcinka ST-T lub świeży LBBB),</p> <p>c) pojawienie się patologicznego załamka Q w odpowiednich odprowadzeniach EKG,</p> <p>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>B.</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 kardiologiczne w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	<p>A.</p> <p>Zabiegi kardiologiczne w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, wymagające otwarcia klatki piersiowej, polegające na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przepływów omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.</p> <p>B.</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 kardiologiczne wymiany zastawki	<p>A.</p> <p>Operacje kardiologiczne na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegające na wszczepieniu jednej lub więcej sztucznych zastawek serca, u osoby, u której wada zastawki została wykryta w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej – poważne zachorowanie. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.</p> <p>B.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zabiegów naprawczych zastawek, – zabiegów polegających na wymianie wszczepionej wcześniej zastawki, – zabiegów polegających na wszczepieniu 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>A.</p> <p>Operacja zmienionej wskutek choroby lub urazu aorty w odcinku piersiowym lub brzuszny, w celu leczenia zagrażającej życiu choroby naczyniowej: tętniaka, zwężenia, rozwarstwienia aorty, 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,</p> <p>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>B.</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>A.</p> <p>Operacja na otwartym sercu, w celu leczenia choroby lub urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej, polegająca na wycięciu części tętnicy i zastąpieniu jej przeszczepem. Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.</p> <p>B.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicy płucnej wykonywanych od strony światła naczynia, to jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.
6.	Kardiomiopatia	<p>A.</p> <p>Choroba mięśnia sercowego prowadząca do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę kardiologa.</p> <p>B.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej.</p>

UKŁAD NERWOWY		
1.	Paraliż	<p>A. 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.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje niedowładów kończyn określonych jako stopień 2, 3 lub 4 w skali Lovetta.</p>
2.	Udar mózgu	<p>A. Nagle uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia – wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, w tym krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego, skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR).</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje: – napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego, – udaru niepozostawiającego trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego, – uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.</p>
3.	Stwardnienie rozsiane	<p>A. Przewlekła nieuleczalna choroba centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym, w przebiegu której dochodzi do powstania rozszanianych 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 danych klinicznych i wyników badań dodatkowych, opartych na badaniu metodą rezonansu magnetycznego (NMR) oraz badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego lub potencjałów wywołanych.</p>
4.	Choroba Parkinsona	<p>A. 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, i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej 4 z 6 czynności życia codziennego zdefiniowanych w §2 pkt 3) niniejszych warunków. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).</p>
5.	Postępujące porażenie nadjądrowe	<p>A. Choroba charakteryzująca się postępującym zanikiem, głożą (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 3) niniejszych warunków. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa.</p>
6.	Choroba Creutzfelda-Jakoba	<p>A. 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 3) niniejszych warunków. Rozpoznanie pełnoobjawowej choroby przy jednoczesnej niepełnosprawności w czynnościach życia codziennego powinny być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa.</p>
7.	Choroba Alzheimera	<p>A. 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.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje innych postaci demencji, oraz demencji wtórnej od nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.</p>
8.	Zapalenie mózgu	<p>A. 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.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.</p>
9.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	<p>A. 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.</p>

10.	Łagodny guz mózgu	<p>A. 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 trwałe ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – guzów przysadki, – torbieli, – zmian naczyniowych, – krwawiaków, – ziarniaków, – ropni, – guzów rdzenia, – napadów padaczkowych bez trwałego ubytku neurologicznego.</p>
11.	Łagodny guz rdzenia	<p>A. Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zlokalizowana wewnątrzrdźkowo, 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 trwałe ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – torbieli, – ziarniaków, – ropni, – krwawiaków, – malformacji naczyniowych, – guzów zewnątrzoponowych, – guzów zlokalizowanych w obrębie kręgow, – wypadnięcia krążka międzykręgowego, – zmian zwyrodnieniowych, – gruźlicy – urazów kręgosłupa.</p>
12.	Choroba neuronu ruchowego	<p>A. 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 3) niniejszych warunków. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje pozostałych chorób z grupy schorzeń neuronu ruchowego, nie wymienionych w niniejszej definicji.</p>
INNE URAZOWE/CHOROBOWE		
1.	Zakażenie wirusem HIV	<p>A. 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.</p> <p>B. 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.</p>
2.	Oparzenia skóry	<p>A. 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.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje oparzeń słonecznych.</p>
3.	Całkowita utrata wzroku	<p>A. 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 utraconym charakterze utraty wzroku orzeka lekarz specjalista okulista po upływie co najmniej 6 miesięcy od jego wystąpienia.</p>
4.	Całkowita utrata słuchu	<p>A. 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.</p>

5.	Całkowita utrata mowy	<p>A. Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, która nastąpiła wskutek resekcji narządu mowy, przewlekłej choroby krtani lub uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu, niemożliwa do skorygowania, również częściowo, przez zastosowanie jakichkolwiek procedur terapeutycznych, powstała wskutek choroby lub urazu, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi.</p>
CHOROBY NARZĄDOWE, NOWOTWORY		
1.	Anemia aplastyczna wymagająca leczenia	<p>A. 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.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje: ustępującej bez leczenia anemii aplastycznej, anemii polekowej, odwracalnej aplazji szpiku, przejściowej niewydolności szpiku, aplazji szpiku wskutek zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.</p>
2.	Nowotwór	<p>A. 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.</p> <p>B. 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, – śródnamionkowej 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.</p>
3.	Niewydolność nerek	<p>A. 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 z ośrodka kwalifikującego do przeszczepienia.</p>
4.	Przeszczep	<p>A. Dokonanie lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego do przeszczepu jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedyne 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-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.</p> <p>B. 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.</p>
5.	Schyłkowa niewydolność wątroby	<p>A. Występowanie klinicznych objawów przewlekłej niewydolności mięszu 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) utrwalona żółtaczka, b) wodobrzusze, c) encefalopatia wątrobowa.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.</p>

6.	Ostra niewydolność wątroby	<p>A.</p> <p>Występowanie klinicznych objawów ostrej niewydolności mięszu wątroby, będące wyrazem gwałtownego pogorszenia jej funkcji, prowadzące do encefalopatii i zaburzeń krzepnięcia bez istniejącej wcześniej choroby wątroby. Objawy, których łączne i jednoczesne występowanie jest konieczne do uznania rozszczenia:</p> <p>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\geq1,5.</p> <p>B.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.</p>
7.	Śpiączka	<p>A.</p> <p>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.</p> <p>B.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – śpiączki powstałej 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	<p>A.</p> <p>Choroba autoimmunologiczna o ciężkim przebiegu, w której dochodzi do bezwzględnego 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.</p> <p>B.</p> <p>Z zakresu ochrony wyłączona jest kwasica ketonowa lub śpiączka ketonowa jako pierwszy objaw choroby u osoby bez ustalonego rozpoznania cukrzycy.</p>
9.	Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu	<p>A.</p> <p>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. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.</p>
10.	Tężec o ciężkim przebiegu	<p>A.</p> <p>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.</p> <p>B.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej ani mózgowej.</p>
UKŁAD ODDECHOWY		
1.	Zatorowość płucna	<p>A.</p> <p>Nagle zatkanie światła pnia tętnicy płucnej lub jej odgałęzień w wyniku przemieszczenia materiału zatorowego z żył obwodowych lub jam prawego serca, skutkujące przerwaniami napływu krwi do mięszu płuca, wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania skyntygrafii 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.</p>
2.	Przewlekła niewydolność oddechowa	<p>A.</p> <p>Potwierdzona przez lekarza specjalistę pulmonologa przewlekła choroba płuc skutkująca znacznym obniżeniem wydolności oddechowej. Zakres ochrony obejmuje przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, pozapalne zwłóknienie i marskość płuc, pylicę płuc, samoistne włóknienie płuc Wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków:</p> <p>a) konieczność przewlekłej tlenoterapii, tj. >15 h/dobę przez minimum 6 miesięcy, b) objawy kliniczne i wyniki badań wskazujące na niewydolność oddechową.</p> <p>B.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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	<p>A.</p> <p>Choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wkrzepiania 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.</p> <p>B.</p> <p>Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego do jakiegokolwiek innej przyczyny.</p>

**Warunki Umowy dodatkowej – Niezdolność do samodzielnej egzystencji
(kod produktu: ADL)**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2 w związku z definicją z § 2 pkt 22) i § 3 ust. 3, z uwzględnieniem § 2 pkt 6), 11), 12), 20) – § 8 ust. 1 pkt 1), 3) i 4) – § 8 ust. 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 4 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 1), 3), 4), 7), 12), 20) – § 3 ust. 5 – § 10 ust. 3
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki Umowy dodatkowej – Niezdolność do samodzielnej egzystencji (kod produktu: ADL)

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 stanowią treści Umowy ubezpieczenia, lecz pełnią jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i dlatego nie zastępują one pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

Umowa, która zapewnia wsparcie finansowe, jeśli w wyniku wypadku lub choroby utracisz zdolność do samodzielnej funkcjonowania.

Czego dotyczy niniejszy dokument?

§ 1

1.

Niniejsze warunki Umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnych umów ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie (zwanymi dalej Umowami głównymi) zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A. (zwane dalej Allianz).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, gdy Umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

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 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) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie.
- 3) **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.
- 4) **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.
- 5) **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.
- 6) **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.
- 7) **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 1 mg alkoholu w 1 dm³.
 - 8) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w polisie lub aneksie do polisy, w którym Allianz zaczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
 - 9) **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.
 - 10) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej. Pierwszy Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy, każdy kolejny Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.
 - 11) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu Czynności życia codziennego, potwierdzona orzeczeniem Lekarza uprawnionego.
 - 12) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
 - a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
 - b) energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - c) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
 - d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.Jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia Ubezpieczonego nie są Przyczyną zewnętrzną według niniejszych warunków.
 - 13) **Rocznicą polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.
 - 14) **Składka** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej, zwana również w treści warunków Umowy głównej składką regularną dodatkową.
 - 15) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie lub aneksie do polisy kwota, która będzie wypłacona na wypadek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 16) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła Umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania Składek.
 - 17) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
 - 18) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek niezdolności do samodzielnej egzystencji.
 - 19) **Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym.
 - 20) **Wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:

- a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) jest wywołane Przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
 - c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z Przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 21) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie przez Allianz decyzji o warunkach, na jakich przyjmie on odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej, dokonane na podstawie złożonego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej wraz z wymaganymi dokumentami oraz na podstawie innych, niezbędnych informacji uzyskanych od Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy dodatkowej.
- 22) **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 odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej,
 - b) choroba będąca 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.

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, z zastrzeżeniem ust. 3.

Jeśli w wyniku Wypadku lub choroby utracisz możliwość samodzielnej egzystencji, otrzymasz od Allianz świadczenie finansowe, które pomoże zapewnić Ci np. stałą opiekę.

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 wymaganых uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Zdarzenia.
- W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.**
- 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.

W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?

§ 4

1.

- 1) 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.
- 2) Umowa dodatkowa jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego na formularzu wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej udostępnionym przez Allianz.
- 3) Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty, Allianz dostarcza Ubezpieczającemu tekst warunków Umowy dodatkowej.
- 4) Allianz ma prawo odmówić zawarcia Umowy dodatkowej.

2.

- 1) Zawarcie Umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem Umowy głównej lub w trakcie jej trwania, w terminie zgodnym z terminem płatności składki regularnej z tytułu Umowy głównej.
- 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 lub w trakcie trwania Umowy głównej.

3.

- 1) Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie

Umowy dodatkowej oraz na podstawie przedstawionych dokumentów Allianz zastrzega sobie prawo do:

- a) niezaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia Umowy dodatkowej,
 - b) zaproponowania Ubezpieczającemu zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku.
- 2) Złożenie oferty (kontroferty) przez Allianz na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej następuje poprzez dostarczenie Ubezpieczającemu najpóźniej przy doręczeniu polisy lub aneksu do polisy, pisma w którym Allianz zwróci Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) uwagę na postanowienia Umowy dodatkowej odbiegające od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku oraz wyznaczy Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu co najmniej 7-dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Allianz została przyjęta, a Umowa dodatkowa zostaje zawarta zgodnie z warunkami przyjętymi przez Allianz w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu Umowę dodatkową uważa się za niezawartą.

4.

W przypadku odmowy przez Allianz zawarcia Umowy dodatkowej lub wniesienia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 3 pkt 2), Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w terminie 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie lub odpowiednio daty złożenia sprzeciwu w Allianz.

5.

Umowa dodatkowa nie dochodzi do skutku, jeżeli Składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

6.

- 1) Ubezpieczający i Ubezpieczony mają obowiązek podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które byli zapytywani przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej. W razie Zaakceptowania ryzyka przez Allianz mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uznaje się za nieistotne.
- 2) Jeśli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie wypełnią obowiązku, o którym mowa w pkt 1) powyżej, zastosowanie mają postanowienia § 3 ust. 5.

7.

- 1) Umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 pkt 2).
- 2) Allianz podejmuje decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- 3) Allianz poinformuje o Zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę lub aneks do polisy, potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej.

8.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłacenia Składki.

Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?

§ 5

1.

- 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 głównej,
 - c) do dnia przekształcenia Umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - d) do dnia dożycia, w przypadku Umowy głównej będącej ubezpieczeniem na życie i dożycie,
 - e) do dnia uznania przez Allianz roszczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
 - f) do dnia śmierci Ubezpieczonego.
- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, 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).

2.

Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

3.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 2, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od Umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

4.

- 1) Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 1 pkt 1) oraz ust. 2, Umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.
- 2) W razie wypowiedzenia Umowy dodatkowej ubezpieczenia Allianz dokona zwrotu części składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

Jeśli zmienisz zdanie i poinformujesz nas o chęci rezygnacji z umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną jedynie o koszty ochrony za okres, w którym jej udzielaliśmy.

Jeżeli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie, Twoja rezygnacja spowoduje rozwiązanie umowy dodatkowej z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.

O chęci rezygnacji możesz przykładowo poinformować nas składając pismo osobiście lub listownie w Centrali Allianz, a także w dowolnym oddziale lub u Agenta Allianz.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej lub z upływem okresu na jaki została ona zawarta, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania Umowy głównej wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy głównej.

6.

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania Składek może ona zostać wznowiona za zgodą i na warunkach zaproponowanych przez Allianz, o ile jednocześnie wznowieniu ulega Umowa główna.

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

§ 6

1.

Składka z tytułu Umowy dodatkowej opłacana jest regularnie w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu Umowy głównej. Obowiązek opłacania Składki z tytułu Umowy dodatkowej trwa do końca okresu ochrony z tytułu Umowy dodatkowej.

2.

Wysokość Składki 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 z tytułu Umowy dodatkowej. Składka 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 § 10 ust. 2 pkt 2), wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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.

- 1) Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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 zmiany Składki w następnej Umowie dodatkowej.
- 2) Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej Umowy dodatkowej oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużeniu Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 2).
- 3) Nedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie Umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość Składki zaproponowaną przez Allianz.

5.

Składka może ulec zmianie w Rocznicę polisy w wyniku indeksacji Sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 7.

6.

- 1) Datą opłacenia Składki jest dzień wpływu Składki z tytułu Umowy dodatkowej i Umowy głównej w pełnej wysokości na wskazany przez Allianz rachunek bankowy.
- 2) Konsekwencje nieopłacenia składki przewidziane w warunkach Umowy głównej mają odpowiednie zastosowanie do Składki z tytułu Umowy dodatkowej płatnej łącznie ze składką z tytułu Umowy głównej.

Na czym polega indeksacja Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej?

§ 7

1.

- 1) W Rocznicę polisy Suma ubezpieczenia z Umowy dodatkowej może podlegać indeksacji, pod warunkiem, że wiek Ubezpieczonego nie przekroczy 55 lat.
- 2) W wyniku indeksacji Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej zmianie ulega również Składka z tytułu tej Umowy dodatkowej.
- 3) Indeksacja ma na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia.

2.

Przed Rocznicą polisy Allianz może określić wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość Sumy ubezpieczenia i w konsekwencji nową Składkę z tytułu Umowy dodatkowej.

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 łącznie, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik będzie stosowany do indeksacji umów, których Rocznicą polisy przypada w okresie pomiędzy 1 stycznia a 31 grudnia następnego roku.

4.

- 1) Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji.
- 2) Odmowa indeksacji Sumy ubezpieczenia i w konsekwencji podwyższenia Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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 indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, powiadom nas o swojej decyzji i złóż stosowne oświadczenie w ciągu 14 dni od otrzymania propozycji.

5.

- 1) Odmowa indeksacji przez 3 kolejne Rocznicę 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.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?

§ 8

1.

- 1) W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego należy powiadomić Allianz o tym Zdarzeniu. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić w szczególności również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
- 2) Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- 3) Osoba zgłaszająca roszczenie powinna wypełnić druk zgłoszenia roszczenia.
- 4) 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) orzeczenie 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 wpłynięciu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia.Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument, notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

- 1) Allianz ocenia zasadność roszczenia na podstawie przedstawionej dokumentacji. W razie zaistnienia wątpliwości, Allianz zastrzega sobie również prawo oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego po powołaniu komisji lekarskiej celem przeprowadzenia osobistych badań lekarskich Ubezpieczonego (podmiotowych i przedmiotowych) przez lekarzy orzeczników lub Lekarza uprawnionego.
- 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.

4.

- 1) Allianz wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu.
- 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 3) Jeżeli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie:

- a) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - b) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- 4) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie:
- a) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - b) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Jakie są obowiązki informacyjne Allianz? § 9

1.
Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy dodatkowej, Allianz przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

2.
Allianz na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 3, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej. W przypadku gdy z Umowy dodatkowej przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, Allianz informuje Ubezpieczającego o zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

3.
Allianz przekazuje Ubezpieczającemu informacje, o których mowa w ust. 2 po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany Sumy ubezpieczenia? § 10

- 1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z uwzględnieniem limitu o którym mowa w pkt 2).
 - 2) Minimalna dopuszczalna wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł.
 - 3) Zmiana Sumy ubezpieczenia może nastąpić w terminie odpowiadającym terminowi opłacania Składek.
- 2.
- 1) Z prawa do podwyższenia Sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania Umowy dodatkowej, pod łącznym spełnionymi następującymi warunkami:
 - a) wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia nie przekroczy 55 lat,
 - b) Ubezpieczony złożył wskazane przez Allianz oświadczenie i informacje o stanie zdrowia oraz doręczył na żądanie Allianz wszelką dokumentację (w tym medyczną) niezbędną do oceny ryzyka, a także poddał się 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.
 - 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 pkt 1), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość Składki przedstawionej przez Allianz.
 - 3) Z prawa do obniżenia Sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od zawarcia Umowy dodatkowej.

Od początku trwania Umowy dodatkowej możesz podwyższyć Sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od jej zawarcia możesz skorzystać z prawa do obniżenia Sumy ubezpieczenia.

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 Ubezpieczeniowego było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek? § 11

1.
Zmiana Umowy dodatkowej na niekorzyść Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.

- 2.
- 1) W przypadku Umowy dodatkowej zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w § 9 ust. 1-2. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub prawa właściwego dla Umowy dodatkowej – w przypadku informacji, o których mowa w § 9 ust. 1;
 - b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Allianz Ubezpieczającemu – w przypadku informacji, o których mowa w § 9 ust. 2.
 - 2) Allianz, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone w § 9 w ust. 1-2. Ubezpieczony może żądać by Allianz udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy dodatkowej oraz ogólnych warunków umowy dodatkowej.

3.
W razie śmierci Ubezpieczającego lub utraty przez niego zdolności do czynności prawnych w jego miejsce może wstąpić Ubezpieczony o ile postanowienia Umowy głównej przewidują zasady i sposób takiego wstąpienia.

Jak postępować w przypadku składania reklamacji? § 12

Reklamacja związana ze świadczeniami przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.

Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam poprawiać nasze usługi. Dlatego jesteśmy otwarci na Twoje sugestie lub pytania. Zapraszamy do kontaktu pod numerem telefonu: 224 224 224, listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa lub elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub adresu skargi@allianz.pl.

Postanowienia końcowe § 13

1.

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.

2.

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 i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

3.

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

5.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 240/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Veit Stutz
Prezes Zarządu



Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu

Warunki Umowy dodatkowej – Pobyt w szpitalu
(kod produktu: PWS – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku,
PWSR – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku lub choroby)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2, ust. 3 pkt 1) i 2) z uwzględnieniem definicji z § 2, ze szczególnym uwzględnieniem pkt 23) – § 7 ust. 1 pkt 1), 3) i 4)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 3 pkt 3), ust. 4, ust. 6, ust. 7 oraz ust. 8 z uwzględnieniem definicji z § 2, ze szczególnym uwzględnieniem pkt 1), 4) - 7), 11), 21) – § 4 ust. 8 lit. b) – § 9 ust. 3 i 4
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki Umowy dodatkowej – Pobyt w szpitalu (kod produktu: PWS – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku, PWSR – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku lub choroby)

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 stanowią treści Umowy ubezpieczenia, lecz pełnią jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i dlatego nie zastępują one pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

Umowa, która zapewnia pomoc finansową wypłacaną w ustalonej kwocie za Dzień pobytu w Szpitalu (aż do 180 dni), jeśli znajdziesz się w nim wskutek wypadku bądź choroby.

Czego dotyczy niniejszy dokument?

§ 1

1.

Niniejsze warunki Umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnych umów ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie (zwanych dalej Umowami głównymi) zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A. (zwane dalej Allianz).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, gdy Umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

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 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) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie.
- 3) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- 4) **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.
- 5) **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.
- 6) **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.
- 7) **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.

- 8) **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.
- 9) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w polisie lub aneksie do polisy, w którym Allianz zaczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniami rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej. Pierwszy Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy, każdy kolejny Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.
- 11) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
 - a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
 - b) energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - c) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
 - d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.Jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia Ubezpieczonego nie są Przyczyną zewnętrzną według niniejszych warunków.
- 12) **Rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.
- 13) **Rok polisowy** – okres od daty określonej w polisie lub w aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do najbliższej Roczniczy polisy oraz każde 12 miesięcy od kolejnych Rocznic polisy.
- 14) **Składka** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej, zwana również w treści warunków Umowy głównej składką regularną dodatkową.
- 15) **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.
- 16) **Świadczenie dzienne** – określona w polisie lub w aneksie do polisy kwota, która będzie wypłacona za każdy Dzień pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych warunków Umowy dodatkowej.
- 17) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła Umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania Składek.
- 18) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- 19) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek pobytu w Szpitalu.
- 20) **Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym.
- 21) **Wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
 - a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,

- b) jest wywołane Przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
 - c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z Przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 22) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie przez Allianz decyzji o warunkach, na jakich przyjmie on odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej, dokonane na podstawie złożonego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej wraz z wymaganymi dokumentami oraz na podstawie innych, niezbędnych informacji uzyskanych od Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy dodatkowej.
- 23) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (Zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, polegające na pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu przez czas określony w niniejszych warunkach Umowy dodatkowej, jeżeli pobyt ten rozpoczął się i trwał w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej. W zależności od wariantu Umowy dodatkowej, ochroną objęty jest pobyt w Szpitalu, który jest wynikiem:
- a) Wypadku (wariant Umowy dodatkowej – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku), albo
 - b) Wypadku lub choroby (wariant Umowy dodatkowej – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku lub choroby).

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 obejmujący pobyt w Szpitalu będący wynikiem Wypadku, albo
- b) wariant obejmujący pobyt w Szpitalu będący wynikiem Wypadku lub choroby.

3.

- 1) Allianz wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie dzienne jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej:
 - a) 1 Dzień pobytu w Szpitalu gdy był spowodowany Wypadkiem,
 - b) 4 Dni pobytu w Szpitalu gdy był spowodowany chorobą,
 - c) 7 dni pobytu w szpitalu gdy był związany z ciążą lub spowodowany odbytem porodem,
 przy czym maksymalna wysokość świadczenia z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w danym Roku polisowym, nie może przekroczyć wysokości Świadczenia dziennego za 180 Dni pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego.
- 2) Jeżeli nieprzerwana ilość Dni pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego przekracza 180 dni, a pobyt ten spowodowany jest Wypadkiem, Allianz wypłaci świadczenie za 180 dni w podwójnej wysokości w stosunku do ustalonego Świadczenia dziennego w polisie lub aneksie do polisy.
- 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 w sytuacji, kiedy znajdziesz się w Szpitalu. Allianz wypłaci Ci kwotę będącą iloczynem stawki dziennej oraz liczby Dni pobytu w Szpitalu (już od 1. Dnia pobytu będącego wynikiem Wypadku, od 4 dni, jeżeli Twój pobyt w Szpitalu będzie spowodowany chorobą).

4.

Jeżeli pobyt w szpitalu był spowodowany Wypadkiem, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, jeżeli pobyt w szpitalu Ubezpieczonego rozpoczął się nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od daty Wypadku.

5.

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.

6.

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

7.

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) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - l) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego,
 - 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.

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

- 2) W razie zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie obejmującym jedynie pobyt w Szpitalu będący wynikiem Wypadku, zakres ubezpieczenia nie obejmuje również chorób somatycznych Ubezpieczonego, w tym zawału serca lub udaru mózgu, napadów epileptycznych lub stanów drgawkowych oraz zaburzeń świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był Wypadek.
- 3) 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,
 - 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.

8.

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.

W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?

§ 4

1.
 - 1) 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.
 - 2) Umowa dodatkowa jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego na formularzu wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej udostępnionym przez Allianz.
 - 3) Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty, Allianz dostarcza Ubezpieczającemu tekst warunków Umowy dodatkowej.
 - 4) Allianz ma prawo odmówić zawarcia Umowy dodatkowej.
2.
 - 1) Zawarcie Umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem Umowy głównej lub w trakcie jej trwania, w terminie zgodnym z terminem płatności składki regularnej z tytułu Umowy głównej.
 - 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 lub w trakcie trwania Umowy głównej.

3.
 - 1) Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej oraz na podstawie przedstawionych dokumentów Allianz zastrzega sobie prawo do:
 - a) niezaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia Umowy dodatkowej,
 - b) zaproponowania Ubezpieczającemu zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku.
 - 2) Złożenie oferty (kontroferty) przez Allianz na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej następuje poprzez dostarczenie Ubezpieczającemu najpóźniej przy doręczeniu polisy lub aneksu do polisy, pisma w którym Allianz zwróci Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) uwagę na postanowienia Umowy dodatkowej odbiegające od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku oraz wyznaczy Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu co najmniej 7-dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Allianz została przyjęta, a Umowa dodatkowa zostaje zawarta zgodnie z warunkami przyjętymi przez Allianz w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu Umowę dodatkową uważa się za niezawartą.

4.
W przypadku odmowy przez Allianz zawarcia Umowy dodatkowej lub wniesienia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 3 pkt 2), Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w terminie 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie lub odpowiednio daty złożenia sprzeciwu w Allianz.

5.
Umowa dodatkowa nie dochodzi do skutku, jeżeli Składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

6.
 - 1) Ubezpieczający i Ubezpieczony mają obowiązek podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które byli zapytywani przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej. W razie Zaakceptowania ryzyka przez Allianz mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uznaje się za nieistotne.

- 2) Jeśli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie wypełnią obowiązku, o którym mowa w pkt 1) powyżej, zastosowanie mają postanowienia § 3 ust. 7.

7.

- 1) Umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 pkt 2).
- 2) Allianz podejmuje decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- 3) Allianz poinformuje o Zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę lub aneks do polisy, potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej.

8.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

- a) w odniesieniu do Zdarzeń spowodowanych Wypadkiem – w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
- b) w odniesieniu do Zdarzeń spowodowanych chorobą – po upływie 90 dni od daty wskazanej w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłacenia Składki.

Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?

§ 5

1.

- 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 głównej,
 - c) do dnia przekształcenia Umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - d) do dnia dożycia, w przypadku Umowy głównej będącej ubezpieczeniem na życie i dożycie,
 - e) do dnia śmierci Ubezpieczonego.
- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, 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, kolejna Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

2.

Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

3.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 2, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od Umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

4.

- 1) Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 1 pkt 1) oraz ust. 2, Umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.
- 2) W razie wypowiedzenia Umowy dodatkowej ubezpieczenia Allianz dokona zwrotu części składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

Jeśli zmienisz zdanie i poinformujesz nas o chęci rezygnacji z umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną jedynie o koszty ochrony za okres, w którym jej udzielaliśmy.

Jeżeli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie, Twoja rezygnacja spowoduje rozwiązanie umowy dodatkowej z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.

O chęci rezygnacji możesz przykładowo poinformować nas składając pismo osobiście lub listownie w Centrali Allianz, a także w dowolnym oddziale lub u Agenta Allianz.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej lub z upływem okresu na jaki została ona zawarta, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania Umowy głównej wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy głównej.

6.

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania Składek może ona zostać wznowiona za zgodą i na warunkach zaproponowanych przez Allianz, o ile jednocześnie wznowieniu ulega Umowa główna.

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

§ 6

1.

Składka z tytułu Umowy dodatkowej opłacana jest regularnie w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu Umowy głównej. Obowiązek opłacania Składki z tytułu Umowy dodatkowej trwa do końca okresu ochrony z tytułu Umowy dodatkowej.

2.

Wysokość Składki 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, zależnych od wieku Ubezpieczonego oraz wybranego wariantu Umowy dodatkowej. Wysokość Składki uzależniona jest również od występowania ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 4 ust. 8 b) i § 9 ust. 3.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 oraz postanowień § 9 ust. 2 pkt 2), wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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 z tytułu Umowy dodatkowej 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 zmiany Składki w następnej Umowie dodatkowej.
- Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej Umowy dodatkowej oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużenie Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 2).
- Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie Umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość Składki zaproponowaną przez Allianz.

5.

- Datą opłacenia Składki jest dzień wpływu Składki z tytułu Umowy dodatkowej i Umowy głównej w pełnej wysokości na wskazany przez Allianz rachunek bankowy.
- Konsekwencje nieopłacenia składki przewidziane w warunkach Umowy głównej mają odpowiednie zastosowanie do Składki z tytułu Umowy dodatkowej płatnej łącznie ze składką z tytułu Umowy głównej.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? § 7

1.

- W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego należy powiadomić Allianz o tym Zdarzeniu. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić w szczególności również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
- Po zawiadomieniu o zajściu Zdarzenia Allianz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, 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. Ponadto, Allianz w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego informuje o tym Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem.
- Osoba zgłaszająca roszczenie powinna wypełnić druk zgłoszenia roszczenia.
- 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,
 - karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - opis okoliczności Wypadku, jeżeli pobyt w Szpitalu był 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 wpłynięciu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia.Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument, notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

- Allianz wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- Jeżeli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie:
 - osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie:
 - osobę występującą z roszczeniem oraz
 - Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

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 obowiązki informacyjne Allianz?

§ 8

1.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy dodatkowej, Allianz

przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości Świadczenia dziennego?

§ 9

1. Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany wysokości Świadczenia dziennego z tytułu Umowy dodatkowej z uwzględnieniem limitu o którym mowa w pkt 2) i pkt 3).
 - 2) Minimalna dopuszczalna wysokość Świadczenia dziennego z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 100 zł.
 - 3) Maksymalna dopuszczalna wysokość Świadczenia dziennego z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 500 zł.
 - 4) Zmiana wysokości Świadczenia dziennego może nastąpić w terminie odpowiadającym terminowi opłacania Składek.
2. Z prawa do podwyższenia Świadczenia dziennego można skorzystać w trakcie trwania Umowy dodatkowej, pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:
 - a) wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie Świadczenia dziennego nie przekroczy 65 lat,
 - b) Ubezpieczony złożył wskazane przez Allianz oświadczenie i informacje o stanie zdrowia oraz doręczył na żądanie Allianz wszelką dokumentację (w tym medyczną) niezbędną do oceny ryzyka, a także poddał się 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.
 - 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 pkt 1), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość Składki przedstawionej przez Allianz.
 - 3) Z prawa do obniżenia Świadczenia dziennego można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od zawarcia Umowy dodatkowej.

Od początku trwania Umowy dodatkowej możesz podwyższyć Świadczenie dzienne, a po 12 miesiącach od jej zawarcia możesz skorzystać z prawa do obniżenia Świadczenia dziennego.

3. W przypadku Zdarzeń będących wynikiem choroby, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wysokości, o którą podwyższono Świadczenie dzienne rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty podwyższenia Świadczenia dziennego.

4. W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia wysokości 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 Ubezpieczeniowego było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?

§ 10

1. Zmiana Umowy dodatkowej na niekorzyść Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.

2. W przypadku Umowy dodatkowej zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w § 8 ust. 1. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.
- 2) Allianz, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone w § 8 w ust. 1. Ubezpieczony może żądać by Allianz udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy dodatkowej.

3. W razie śmierci Ubezpieczającego lub utraty przez niego zdolności do czynności prawnych w jego miejsce może wstąpić Ubezpieczony o ile postanowienia Umowy głównej przewidują zasady i sposób takiego wstąpienia.

Jak postępować w przypadku składania reklamacji?

§ 11

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy. Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam polepszyć nasze usługi. Dlatego jesteśmy otwarci na Twoje sugestie lub pytania. Zapraszamy do kontaktu pod numerem telefonu: 224 224 224, listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa lub elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub adresu skargi@allianz.pl.

Postanowienia końcowe

§ 12

1. 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.

2. 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 i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

3. 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

5.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 241/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Veit Stutz

Prezes Zarządu



Krzysztof Szypuła

Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński

Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek

Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan

Wiceprezes Zarządu

Warunki Umowy dodatkowej – Leczenie operacyjne
(kod produktu: LOP – Leczenie operacyjne wskutek wypadku,
LOPR – Leczenie operacyjne wskutek wypadku lub choroby)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> – § 3 ust. 3 z uwzględnieniem definicji z § 2, ze szczególnym uwzględnieniem pkt 8), 15), 21), 23) i 24) – § 8 ust. 1 pkt 1), 3) i 4) <p>Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego, stanowiąca Załącznik do warunków Umowy dodatkowej – Leczenie operacyjne</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<ul style="list-style-type: none"> – § 3 ust. 4 - 7 z uwzględnieniem definicji z § 2, ze szczególnym uwzględnieniem pkt 1), 3) - 6), 10) i 21) – § 4 ust. 8 lit. b) – § 10 ust. 3 i 4
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki Umowy dodatkowej – Leczenie operacyjne (kod produktu: LOP – Leczenie operacyjne wskutek wypadku, LOPR – Leczenie operacyjne wskutek wypadku lub choroby)

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 stanowią treści Umowy ubezpieczenia, lecz pełnią jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i dlatego nie zastępują one pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

Umowa, która zapewnia dodatkowe wsparcie finansowe w sytuacji, gdyby potrzebne Ci było Leczenie operacyjne wskutek wypadku bądź choroby.

Czego dotyczy niniejszy dokument?

§ 1

1.

Niniejsze warunki Umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnych umów ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie (zwanymi dalej Umowami głównymi) zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A. (zwane dalej Allianz).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, gdy Umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

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 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) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie.
- 3) **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.
- 4) **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 dostarczeniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni lub innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek.
- 5) **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.
- 6) **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.
- 7) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w polisie lub aneksie do polisy, w którym Allianz zaczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
 - 8) **Leczenie operacyjne/Zabieg operacyjny/Operacja** – leczenie chirurgiczne chorób lub obrażeń ciała będących skutkiem Wypadku, przeprowadzone w trakcie pobytu w Szpitalu, a według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia zdiagnozowanej i określonej w dokumentacji medycznej choroby lub skutków Wypadku, z wyłączeniem następujących zabiegów operacyjnych:
 - a) prowadzonych w celach diagnostycznych,
 - b) związanych z leczeniem wad wrodzonych,
 - c) wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych,
 - d) przeprowadzonych ze wskazań estetycznych.
 - 9) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej. Pierwszy Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy, każdy kolejny Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.
 - 10) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
 - a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
 - b) energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - c) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
 - d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.Jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia Ubezpieczonego nie są Przyczyną zewnętrzną według niniejszych warunków.
 - 11) **Rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.
 - 12) **Rok polisowy** – okres od daty określonej w polisie lub w aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do najbliższej Rocznic polisy oraz każde 12 miesięcy od kolejnych Rocznic polisy.
 - 13) **Składka** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej, zwana również w treści warunków Umowy głównej składką regularną dodatkową.
 - 14) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie lub aneksie do polisy kwota, będąca podstawą do obliczania wysokości świadczenia z tytułu Zdarzenia objętego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej.
 - 15) **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.
 - 16) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła Umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania Składek.
 - 17) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

- 18) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek Leczenia operacyjnego.
- 19) **Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym.
- 20) **Wada wrodzona** – nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Q00-Q99).
- 21) **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 Umowy dodatkowej,
 - było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z Przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 22) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie przez Allianz decyzji o warunkach, na jakich przyjmie on odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej, dokonane na podstawie złożonego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej wraz z wymaganymi dokumentami oraz na podstawie innych, niezbędnych informacji uzyskanych od Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy dodatkowej.
- 23) **Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego** – załącznik do niniejszych warunków określający Zabiegi operacyjne będące następstwem choroby Ubezpieczonego lub obrażeń ciała Ubezpieczonego wskutek Wypadku, z tytułu których Allianz wypłaca świadczenie.
- 24) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (Zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, polegające na poddaniu się przez Ubezpieczonego Zabiegowi operacyjnemu określone w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego.

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:

- wariant obejmujący Leczenie operacyjne wskutek Wypadku, albo
- wariant obejmujący Leczenie operacyjne wskutek Wypadku lub choroby.

3.

Odpowiedzialność Allianz w zakresie Umowy dodatkowej polega na wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia w kwocie stanowiącej procent Sumy ubezpieczenia, przypisany danemu Zabiegowi operacyjnemu, wymieniony w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego, maksymalnie jednak do wysokości 100% Sumy ubezpieczenia w danym Roku polisowym.

4.

- W przypadku Zabiegów operacyjnych będących wynikiem Wypadku, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, jeżeli Zabieg operacyjny Ubezpieczonego miał miejsce nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od daty Wypadku oraz w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej.
- W przypadku Zabiegów operacyjnych będących wynikiem choroby, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, jeżeli Zabieg operacyjny Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej.

W ramach tej Umowy dodatkowej, w razie Leczenia operacyjnego 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 oceny procentowej leczenia operacyjnego, stanowiącej Załącznik do niniejszych warunków.

5.

- 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.
- Jeżeli na skutek choroby, w trakcie jednego pobytu w sali operacyjnej, 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.

6.

Ograniczenia odpowiedzialności

- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje Zdarzenia będącego wynikiem:
 - 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,
 - Wypadku lotniczego, z wyjątkiem Wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
 - zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - 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,
 - 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,
 - uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego,
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Zdarzenia.
 - niezastosowaniem się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia Zdarzenia.
- W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.
- W razie zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie obejmującym jedynie Zabiegi operacyjne będące wynikiem Wypadku zakres ubezpieczenia nie obejmuje również chorób somatycznych Ubezpieczonego, w tym zawału serca lub udaru mózgu, napadów epileptycznych lub stanów drgawkowych oraz zaburzeń świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był Wypadek.

7.

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 zainicjowanie Zdarzenia.

W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?

§ 4

1.

- 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.

- 2) Umowa dodatkowa jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego na formularzu wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej udostępnionym przez Allianz.
- 3) Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty, Allianz dostarcza Ubezpieczającemu tekst warunków Umowy dodatkowej wraz z załącznikami.
- 4) Allianz ma prawo odmówić zawarcia Umowy dodatkowej.

2.

- 1) Zawarcie Umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem Umowy głównej lub w trakcie jej trwania, w terminie zgodnym z terminem płatności składki regularnej z tytułu Umowy głównej.
- 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 lub w trakcie trwania Umowy głównej.

3.

- 1) Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej oraz na podstawie przedstawionych dokumentów Allianz zastrzega sobie prawo do:
 - a) niezaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia Umowy dodatkowej,
 - b) zaproponowania Ubezpieczającemu zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku.
- 2) Złożenie oferty (kontroferty) przez Allianz na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej następuje poprzez dostarczenie Ubezpieczającemu najpóźniej przy doręczeniu polisy lub aneksu do polisy, pisma w którym Allianz zwróci Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) uwagę na postanowienia Umowy dodatkowej odbiegające od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku oraz wyznaczy Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu co najmniej 7-dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Allianz została przyjęta, a Umowa dodatkowa zostaje zawarta zgodnie z warunkami przyjętymi przez Allianz w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu Umowę dodatkową uważa się za niezawartą.

4.

W przypadku odmowy przez Allianz zawarcia Umowy dodatkowej lub wniesienia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 3 pkt 2), Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w terminie 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie lub odpowiednio daty złożenia sprzeciwu w Allianz.

5.

Umowa dodatkowa nie dochodzi do skutku, jeżeli Składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

6.

- 1) Ubezpieczający i Ubezpieczony mają obowiązek podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które byli zapytywani przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej. W razie Zaakceptowania ryzyka przez Allianz mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uznaje się za nieistotne.
- 2) Jeśli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie wypełnią obowiązku, o którym mowa w pkt 1) powyżej, zastosowanie mają postanowienia § 3 ust. 7.

7.

- 1) Umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 pkt 2).
- 2) Allianz podejmuje decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.

8.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

- a) w odniesieniu do Zdarzeń będących skutkiem Wypadku – w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
- b) w odniesieniu do Zdarzeń spowodowanych chorobą – po upływie 90 dni od daty wskazanej w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłacenia Składki.

Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?

§ 5

1.

- 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 głównej,
 - c) do dnia przekształcenia Umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - d) do dnia dożycia, w przypadku Umowy głównej będącej ubezpieczeniem na życie i dożycie,
 - e) do dnia śmierci Ubezpieczonego.
- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, 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, kolejna Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

2.

Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

3.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 2, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od Umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

4.

- 1) Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 1 pkt 1) oraz ust. 2, Umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.
- 2) W razie wypowiedzenia Umowy dodatkowej ubezpieczenia Allianz dokona zwrotu części składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

Jeśli zmienisz zdanie i poinformujesz nas o chęci rezygnacji z umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną jedynie o koszty ochrony za okres, w którym jej udzielałmy.

Jeżeli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie, Twoja rezygnacja spowoduje rozwiązanie umowy dodatkowej z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.

O chęci rezygnacji możesz przykładowo poinformować nas składając pismo osobiście lub listownie w Centrali Allianz, a także w dowolnym oddziale lub u Agenta Allianz.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej lub z upływem okresu na jaki została ona zawarta, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania Umowy głównej wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy głównej.

6.

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania Składek może ona zostać wznowiona za zgodą i na warunkach zaproponowanych przez Allianz, o ile jednocześnie wznowieniu ulega Umowa główna.

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

§ 6

1.

Składka z tytułu Umowy dodatkowej opłacana jest regularnie w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu Umowy głównej. Obowiązek opłacania Składki z tytułu Umowy dodatkowej trwa do końca okresu ochrony z tytułu Umowy dodatkowej.

2.

Wysokość Składki 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 uzależniona jest również od występowania ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 4 ust. 8 b) i § 10 ust. 3.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 10 ust. 2 pkt 2), wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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.

- 1) Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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 zmiany Składki w następnej Umowie dodatkowej.
- 2) Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej Umowy dodatkowej oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużenie Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 2).
- 3) Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie Umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość Składki zaproponowana przez Allianz.

5.

Składka może ulec zmianie w Rocznicę polisy w wyniku indeksacji Sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 7.

6.

- 1) Datą opłacenia Składki jest dzień wpływu Składki z tytułu Umowy dodatkowej i Umowy głównej w pełnej wysokości na wskazany przez Allianz rachunek bankowy.
- 2) Konsekwencje nieopłacenia składki przewidziane w warunkach Umowy głównej mają odpowiednie zastosowanie do Składki z tytułu Umowy dodatkowej płatnej łącznie ze składką z tytułu Umowy głównej.

Na czym polega indeksacja Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej?

§ 7

1.

- 1) W Rocznicę polisy Suma ubezpieczenia z Umowy dodatkowej może podlegać indeksacji, pod warunkiem, że wiek Ubezpieczonego nie przekroczy 65 lat.
- 2) W wyniku indeksacji Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej zmianie ulega również Składka z tytułu tej Umowy dodatkowej.

- 3) Indeksacja ma na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia.

2.

Przed Rocznicą polisy Allianz może określić wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość Sumy ubezpieczenia i w konsekwencji nową Składkę z tytułu Umowy dodatkowej.

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 łącznie, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik będzie stosowany do indeksacji umów, których Rocznicą polisy przypada w okresie pomiędzy 1 stycznia a 31 grudnia następnego roku.

4.

- 1) Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji.
- 2) Odmowa indeksacji Sumy ubezpieczenia i w konsekwencji podwyższenia Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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 indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, powiadom nas o swojej decyzji i złóż stosowne oświadczenie w ciągu 14 dni od otrzymania propozycji.

5.

- 1) Odmowa indeksacji przez 3 kolejne Rocznicę 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.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?

§ 8

1.

- 1) W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego należy powiadomić Allianz o tym Zdarzeniu. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić w szczególności również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
- 2) Po zawiadomieniu o zajściu Zdarzenia Allianz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, 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. Allianz zawiadamia o powyższym również Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami zgłaszającymi roszczenie.
- 3) Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest wypełnić druk zgłoszenia roszczenia.
- 4) 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, jeżeli pobyt w Szpitalu był następstwem Wypadku,
 - e) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
 - f) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/sledztwa, 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 wpłynięciu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia.Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument, notariusza lub przedstawiciela Allianz.

- 2.
- 1) Allianz wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu.
- 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 3) Jeżeli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie:
 - a) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - b) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- 4) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie:
 - a) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - b) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

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 obowiązki informacyjne Allianz? § 9

1.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy dodatkowej, Allianz przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

2.

Allianz na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 3, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej. W przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, Allianz informuje Ubezpieczającego o zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

3.

Allianz przekazuje Ubezpieczającemu informacje, o których mowa w ust. 2 po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany Sumy ubezpieczenia? § 10

1.

- 1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z uwzględnieniem limitu o którym mowa w pkt 2) i pkt 3).
- 2) Minimalna dopuszczalna wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł.
- 3) Maksymalna dopuszczalna wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 50 000 zł.
- 4) Zmiana Sumy ubezpieczenia może nastąpić w terminie odpowiadającym terminowi opłacania Składek.

2.

- 1) Z prawa do podwyższenia Sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania Umowy dodatkowej, pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

- a) wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia nie przekroczy 65 lat,
- b) Ubezpieczony złożył wskazane przez Allianz oświadczenie i informacje o stanie zdrowia oraz doręczył na żądanie Allianz wszelką dokumentację (w tym medyczną) niezbędną do oceny ryzyka, a także poddał się 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.
- 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 pkt 1), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość Składki przedstawionej przez Allianz.
- 3) Z prawa do obniżenia Sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od zawarcia Umowy dodatkowej.

Od początku trwania Umowy dodatkowej możesz podwyższyć Sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od jej zawarcia możesz skorzystać z prawa do obniżenia Sumy ubezpieczenia.

3.

W przypadku Zdarzeń będących wynikiem choroby, 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 ubezpieczeniowego było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek? § 11

1.

Zmiana Umowy dodatkowej na niekorzyść Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.

2.

- 1) W przypadku Umowy dodatkowej zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w § 9 ust. 1 - 2. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia – w przypadku informacji, o których mowa w § 9 ust. 1;
 - b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Allianz Ubezpieczającemu – w przypadku informacji, o których mowa w § 9 ust. 2.
- 2) Allianz, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone w § 9 w ust. 1 – 2. Ubezpieczony może żądać by Allianz udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy dodatkowej oraz ogólnych warunków umowy dodatkowej.

3.

W razie śmierci Ubezpieczającego lub utraty przez niego zdolności do czynności prawnych w jego miejsce może wstąpić Ubezpieczony o ile postanowienia Umowy głównej przewidują zasady i sposób takiego wstąpienia.

Jak postępować w przypadku składania reklamacji? § 12

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.

Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam polepszyć nasze usługi. Dlatego jesteśmy otwarci na Twoje sugestie lub pytania. Zapraszamy do kontaktu pod numerem telefonu: 224 224 224, listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa lub elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub adresu skargi@allianz.pl.

Postanowienia końcowe § 13

1.

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.

2.

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 i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

3.

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

5.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 242/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Veit Stutz
Prezes Zarządu



Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu

Załącznik

do warunków Umowy dodatkowej – Leczenie operacyjne (kod produktu: LOP – Leczenie operacyjne wskutek wypadku, LOPR – Leczenie operacyjne wskutek wypadku lub choroby)

Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI W ZAKRESIE SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ	1	Oczyszczenie/wycięcie rany, zakażenia, oparzenia	10%	✓	✓
	2	Wycięcie zmiany skóry	10%	–	✓
	3	Wolny przeszczep skóry (z wyjątkiem przeszczepu włosów)	20%	✓	✓
	4	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	30%	✓	✓
	5	Rewizja płata uszypułowanego	30%	–	✓
	6	Wprowadzenie lub wymiana generatora impulsów do neurostymulacji	15%	–	✓
ZABIEGI W ZAKRESIE CZASZKI, MÓZGU I OPON	7	Kraniotomia, trepanacja czaszki, odbarczenie mózgu, usunięcie krwiaka nad/podtwardówkowego, śródmózgowego, ropnia, ciała obcego itp.	60%	✓	✓
	8	Powtórne otwarcie w miejscu kraniotomii (rewizja po operacji krwiaka)	30%	✓	✓
	9	Kraniektomia	20%	✓	✓
	10	Wprowadzenie cewnika do jamy czaszki	20%	✓	✓
	11	Nacięcie opon mózgu/drenaż w obrębie mózgu (ropnia, ropniaka, wodniaka podpajecznówkowego, śródczaszkowego, podtwardówkowego)	20%	✓	✓
	12	Nacięcie/drenaż zatok czaszki	30%	✓	✓
	13	Drenaż krwiaka śródmózgowego	50%	–	✓
	14	Lobotomia/traktotomia – przecięcie tkanek mózgu, dróg mózgowych	80%	–	✓
	15	Opracowanie chirurgiczne rany mózgu	50%	✓	✓
	16	Zabieg wycięcia tkanki/guza mózgu	80%	–	✓
	17	Zabieg wycięcia tkanki/guza mózdzku	90%	–	✓
	18	Zabieg wycięcia tkanki/guza pnia mózgu	100%	–	✓
	19	Zabieg wycięcia zmiany opony mózgu	70%	–	✓
	20	Usunięcie ropnia pnia mózgu	80%	✓	✓
	21	Usunięcie ropnia mózdzku	80%	✓	✓
	22	Wycięcie zmiany w kościach czaszki	50%	–	✓
	23	Plastyka czaszki (wszystkie rodzaje)	50%	✓	✓
	24	Zeszycie opon mózgowych – proste szycie opony twardej	30%	✓	✓
	25	Inny zabieg naprawczy opon (w tym zamknięcie przetoki płynowej)	30%	✓	✓
	26	Odbarczenie złamania czaszki	50%	–	✓
	27	Chirurgiczne opracowanie złożonego złamania czaszki	70%	–	✓
	28	Plastyka czaszki – przeszczep kostny lub założenie płytki do czaszki	50%	–	✓
	29	Rewizja płata kostnego czaszki	30%	–	✓
	30	Usunięcie płytki z czaszki	30%	–	✓
	31	Wentrykulostomia	60%	–	✓
	32	Wentrykulostomia z wprowadzeniem drenu/zastawki mózgu	60%	–	✓
	33	Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	20%	✓	✓
	34	Rewizja, wymiana drenu dokomorowego mózgu	20%	✓	✓
	35	Wszczerpienie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu – wszystkie typy zabiegów	100%	–	✓
	36	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	100%	–	✓
	37	Częściowe wycięcie szyszynki	80%	–	✓
	38	Całkowite usunięcie szyszynki	80%	–	✓
	39	Częściowe operacyjne wycięcie przysadki/zmiany przysadki, z dojścia przezczołowego	100%	–	✓
	40	Subtotalne operacyjne wycięcie przysadki, z dojścia przezczołowego	100%	–	✓
	41	Całkowite usunięcie przysadki przezczołowe	100%	–	✓
	42	Całkowite usunięcie przysadki przezklinowe	100%	–	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI NA RDZENIU KRĘGOWYM I STRUKTURACH KANAŁU KRĘGOWEGO ORAZ NERWACH	43	Usunięcie ciała obcego z kanału kręgowego	100%	✓	✓
	44	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu przedniego	80%	✓	✓
	45	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu tylnego	80%	✓	✓
	46	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu przez gardło	100%	✓	✓
	47	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym – operacyjne z dostępu przedniego	100%	✓	✓
	48	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym – operacyjne z dostępu tylnego	100%	✓	✓
	49	Reoperacja odbarczająca kanału kręgowego	100%	✓	✓
	50	Laminektomia odbarczająca	50%	✓	✓
	51	Eksploracja korzeni nerwów rdzeniowych	70%	✓	✓
	52	Inna eksploracja i odbarczenie kanału kręgowego	70%	✓	✓
	53	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego	100%	–	✓
	54	Wycięcie zmiany opon rdzeniowych	80%	–	✓
	55	Operacja naprawcza rdzenia kręgowego – pourazowe	100%	✓	✓
	56	Operacja naprawcza opon rdzeniowych	100%	✓	✓
	57	Uwolnienie zrostów rdzenia kręgowego i korzonków nerwowych	80%	–	✓
	58	Drenaż przestrzeni rdzeniowych – każdy	10%	✓	✓
	59	Wprowadzenie, wymiana, usunięcie neurostymulatora rdzenia kręgowego	60%	–	✓
	60	Rewizja drenażu przestrzeni płynowych rdzenia	20%	✓	✓
	61	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	100%	–	✓
	62	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego z kraniotomią	100%	–	✓
	63	Wycięcie nerwu lub nerwiaka obwodowego	50%	–	✓
	64	Szycie nerwu czaszkowego	50%	✓	✓
	65	Szycie nerwu obwodowego	50%	✓	✓
	66	Uwolnienie zrostów/dekompresja korzeni nerwów czaszkowych/odbarczenie korzeni nerwu twarzowego, trójdzielonego, innego czaszkowego	80%	✓	✓
	67	Uwolnienie kanału nadgarstka (również endoskopowe)	20%	–	✓
	68	Uwolnienie kanału stępu	20%	–	✓
	69	Chirurgiczne odbarczenie/uwolnienie zrostów nerwu obwodowego lub zwoju nerwowego	20%	–	✓
	70	Przeszczep nerwu czaszkowego	100%	–	✓
	71	Przeszczep nerwu obwodowego	80%	–	✓
	72	Przemieszczenie nerwu czaszkowego	60%	–	✓
	73	Plastyka nerwów czaszkowych lub obwodowych	90%	–	✓
	74	Rewizja po naprawczej operacji nerwów czaszkowych i obwodowych	80%	–	✓
75	Wszczepienie/wymiana stymulatora nerwu obwodowego	20%	–	✓	
76	Przecięcie nerwu współczulnego lub zwoju	20%	–	✓	
77	Sympatektomia szyjna (oprócz termolezji)	25%	–	✓	
78	Sympatektomia piersiowa, lędźwiowa (w tym wideoskopowa)	35%	–	✓	
79	Sympatektomia przedkrzyżowa	35%	–	✓	
80	Sympatektomia okołotętnicza	25%	–	✓	
81	Wycięcie nerwu/zwoju współczulnego	25%	–	✓	
82	Operacja naprawcza nerwu lub zwoju współczulnego	60%	–	✓	
ZABIEGI NA TARCZYCY I NADNERCZACH	83	Nacięcie i drenaż krwiaka w zakresie tarczycy	10%	–	✓
	84	Eksploracja okolicy szyi przez nacięcie	30%	–	✓
	85	Usunięcie ciała obcego w zakresie tarczycy	20%	✓	✓
	86	Usunięcie płata tarczycy	30%	✓	✓
	87	Inny niż określone w pkt 83-86 zabieg częściowego usunięcia tarczycy/zmiany tarczycy	25%	✓	✓
	88	Całkowita resekcja tarczycy	60%	✓	✓
	89	Szycie tarczycy	20%	✓	✓
	90	Usunięcie przytarczyc	50%	–	✓
	91	Wycięcie zmiany nadnercza	30%	–	✓
	92	Nacięcie nadnercza z drenażem	25%	–	✓
	93	Częściowe/jednostronne usunięcie nadnerczy	30%	✓	✓
	94	Obustronne usunięcie nadnerczy	40%	–	✓

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
			LOP	LOPR
95	Korekcja operacyjna opadania powiek/przykurczu powiek	20%	–	✓
96	Korekcja operacyjna podwiniętej lub wywiniętej powieki	20%	–	✓
97	Rekonstrukcja powieki przy pomocy płata/przeszczepu	30%	–	✓
98	Wycięcie zmiany gruczołu/gruczołu łzowego	20%	–	✓
99	Nacięcie woreczka łzowego i dróg łzowych	10%	–	✓
100	Zabieg naprawczy w zakresie kanalików łzowych i otworu łzowego	25%	–	✓
101	Usunięcie operacyjne ciała obcego ze spojówki	15%	–	✓
102	Wycięcie zmiany ze spojówki	20%	–	✓
103	Plastyka spojówki	25%	–	✓
104	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	10%	✓	✓
105	Usunięcie skrzydlika	20%	–	✓
106	Zabieg naprawczy w zakresie rogówki	35%	✓	✓
107	Przeszczep rogówki	50%	–	✓
108	Chirurgia rekonstrukcyjna rogówki	40%	✓	✓
109	Nacięcie tęczówki i proste wycięcie tęczówki	30%	–	✓
110	Plastyka tęczówki i rogówki	40%	–	✓
111	Wycięcie operacyjne zmiany tęczówki	40%	–	✓
112	Wycięcie operacyjne zmiany ciała rzęskowego	40%	–	✓
113	Wytworzenie przetoki twardówki	30%	–	✓
114	Usunięcie operacyjne zmiany twardówki	30%	✓	✓
115	Naprawa garbiaka twardówki przeszczepem	30%	–	✓
116	Szycie skaleczenia twardówki/inny zabieg w zakresie uszkodzonej urazowo twardówki	20%	–	✓
117	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki w celu leczenia zaćmy	35%	–	✓
118	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki przez rozdrobnienie, aspirację i wyplukanie	35%	–	✓
119	Wszczepienie soczewki (jednoetapowe z usunięciem zaćmy) – łącznie z usunięciem soczewki każdego rodzaju	40%	–	✓
120	Wszczepienie soczewki po usunięciu zaćmy (wtórne)	20%	–	✓
121	Usunięcie wszczepionej soczewki	20%	–	✓
122	Usunięcie operacyjne ciała obcego z tylnego segmentu oka	40%	–	✓
123	Zabieg naprawczy rozerwania siatkówki (również fotokoagulacja, krioterapia, laser)	30%	✓	✓
124	Zabieg naprawczy odwarstwienia siatkówki (również fotokoagulacja, krioterapia)	30%	✓	✓
125	Usunięcie ciała szklistego	40%	✓	✓
126	Naprawa mięśnia okoruchowego	30%	✓	✓
127	Zaopatrzenie chirurgiczne urazu gałki ocznej/oczodołu	10%	✓	✓
128	Zabieg nacięcia oczodołu	20%	✓	✓
129	Usunięcie penetrującego ciała obcego z oka	40%	✓	✓
130	Wytrzewienie gałki ocznej	50%	✓	✓
131	Wyłuszczenie gałki ocznej	50%	✓	✓
132	Wytrzewienie oczodołu	50%	✓	✓
133	Wycięcie zmiany oczodołu	40%	–	✓
134	Osteoplastyka oczodołu	40%	–	✓
135	Wszczepienie protezy do oczodołu	20%	–	✓
136	Wycięcie chirurgiczne zmiany w zakresie ucha zewnętrznego	35%	–	✓
137	Wycięcie częściowe małżowiny usznej	35%	–	✓
138	Amputacja ucha zewnętrznego	30%	✓	✓
139	Nacięcie zewnętrznego przewodu słuchowego	30%	–	✓
140	Rekonstrukcja zewnętrznego przewodu słuchowego	40%	✓	✓
141	Plastyka ucha zewnętrznego	50%	✓	✓
142	Mobilizacja/wycięcie strzemiączka	60%	–	✓
143	Rewizja po wycięciu strzemiączka	35%	–	✓
144	Inna niż określone w pkt 142 i 143 operacja na kosteczkach słuchowych	60%	–	✓
145	Plastyka błony bębenkowej z użyciem przeszczepu	60%	–	✓
146	Tympanoplastyka	60%	–	✓
147	Rewizja po tympanoplastyce	20%	–	✓
148	Otwarcie wyrostka sutkowatego	30%	–	✓
149	Otwarcie ucha środkowego	60%	–	✓
150	Operacja wyrostka sutkowatego i ucha środkowego	60%	–	✓
151	Wycięcie zmiany ucha środkowego	60%	–	✓
152	Fenestracja ucha wewnętrznego	60%	–	✓

ZABIEGI W ZAKRESIE OKA, UCHA, NOSA I ZATOK

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI W ZAKRESIE OKA, UCHA, NOSA I ZATOK	153	Rewizja po fenestracji ucha wewnętrznego	30%	–	✓
	154	Otwarcie błędnika kostnego	40%	–	✓
	155	Wycięcie błędnika przezbębnekowo	60%	–	✓
	156	Operacja trąbki Eustachiusza	20%	–	✓
	157	Wszczepienie/wymiana implantu słuchowego (protezy słuchowej)	40%	–	✓
	158	Wszczepienie/wymiana protezy ślimaka	60%	–	✓
	159	Podwiązanie naczyń przy krwotoku z nosa	20%	–	✓
	160	Nacięcie nosa – chrząstki, przegrody, małżowiny	10%	–	✓
	161	Miejscowe wycięcie chirurgiczne zmiany wewnątrznosowej	15%	–	✓
	162	Wycięcie chirurgiczne małżowiny nosa	20%	–	✓
	163	Resekcja nosa	35%	–	✓
	164	Otwarte nastawienie złamania nosa	20%	✓	✓
	165	Przyszycie amputowanego nosa	50%	✓	✓
	166	Zabieg naprawczy zatok nosa	35%	✓	✓
	167	Operacja zatok nosa – inny niż określony w pkt 166 Zabieg naprawczy	35%	✓	✓
	168	Całkowita rekonstrukcja nosa	50%	–	✓
	169	Korekcyjna plastyka nosa/przegrody nosa	25%	–	✓
	170	Antrotomia (otwarcie) zatoki szczękowej	35%	–	✓
171	Otwarcie chirurgiczne zatoki czołowej	35%	–	✓	
172	Wycięcie (zmiany) zatoki czołowej	35%	–	✓	
173	Otwarcie chirurgiczne komórki sitowych/zatoki klinowej	30%	–	✓	
ZABIEGI W ZAKRESIE JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI	174	Szycie rany języka	10%	✓	✓
	175	Częściowe wycięcie języka	30%	✓	✓
	176	Całkowite usunięcie języka	40%	✓	✓
	177	Zabieg naprawczy języka/plastyka języka	30%	✓	✓
	178	Wycięcie zmiany ślinianki podżuchwowej	20%	–	✓
	179	Wycięcie zmiany ślinianki przyusznej	40%	–	✓
	180	Częściowe wycięcie ślinianki podżuchwowej	25%	–	✓
	181	Częściowe wycięcie ślinianki przyusznej	40%	–	✓
	182	Całkowite usunięcie ślinianki podżuchwowej	30%	–	✓
	183	Całkowite usunięcie ślinianki przyusznej	50%	–	✓
	184	Zabieg naprawczy ślinianki lub przewodu ślinowego (zamknięcie przetoki, plastyka)	10%	–	✓
	185	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki w zakresie podniebienia twardego	25%	–	✓
	186	Operacja jęczyzka	20%	–	✓
	187	Inna niż określone w pkt 174-186 operacja w zakresie jamy ustnej i twarzy	10%	✓	✓
	188	Nacięcie i drenaż migdałka/struktur okołomigdałkowych	15%	–	✓
	189	Wycięcie migdałków podniebiennych (tonsilektomia)	30%	–	✓
	190	Wycięcie migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego	35%	–	✓
	191	Wycięcie migdałka podniebiennego/gardłowego	20%	–	✓
	192	Wycięcie zmiany migdałka	20%	–	✓
	193	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki w gardle	25%	–	✓
	194	Operacja plastyczna gardła	35%	–	✓
	195	Szycie rany gardła	30%	✓	✓
	196	Inny niż określone w pkt 193-195 zabieg naprawczy w zakresie gardła	20%	–	✓
	197	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki krtani	20%	–	✓
	198	Częściowa laryngektomia	60%	–	✓
	199	Całkowita laryngektomia	60%	–	✓
	200	Radykalna laryngektomia (z układem chłonnym szyi)	100%	–	✓
	201	Zabieg naprawczy krtani (w tym szycie rany krtani)	30%	✓	✓

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
			LOP	LOPR
202	Stała tracheostomia/rewizja tracheostomii	10%	✓	✓
203	Zabieg protezowania tchawicy/oskrzela	10%	–	✓
204	Zabieg naprawczy/plastyczny tchawicy (w tym szycie rany tchawicy, zamknięcie przetoki)	30%	✓	✓
205	Miejscowe usunięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki oskrzela (otwarte)	40%	–	✓
206	Miejscowe usunięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki oskrzela (endoskopowe)	10%	–	✓
207	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki płuca	40%	–	✓
208	Segmentowa resekcja płuca	50%	✓	✓
209	Usunięcie płata płucnego (lobektomia)	60%	✓	✓
210	Całkowite usunięcie płuca	80%	✓	✓
211	Chirurgiczne wytworzenie odmy opłucnowej	10%	–	✓
212	Zabieg naprawczy/plastyczny w zakresie płuca i oskrzela (w tym szycie rany oskrzela, płuca, zamknięcie przetoki)	40%	✓	✓
213	Przeszczep płuca	100%	–	✓
214	Przeszczep płuc i serca	100%	–	✓
215	Otwarcie klatki piersiowej (torakotomia zwiadowcza) – tylko pourazowe	40%	✓	✓
216	Drenaż opłucnej	10%	–	✓
217	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki śródpiersia (otwarte)	40%	–	✓
218	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki śródpiersia przez mediastinoskopię	20%	–	✓
219	Wycięcie chirurgiczne zmiany ze ściany klatki piersiowej z usunięciem żeber	30%	–	✓
220	Wycięcie chirurgiczne zmiany ze ściany klatki piersiowej (warstwa powięziowo-mięśniowa)	20%	–	✓
221	Częściowe wycięcie opłucnej (dekortykacja)	50%	✓	✓
222	Zabieg naprawczy opłucnej	40%	✓	✓
223	Zabieg naprawczy w zakresie ściany klatki piersiowej	20%	✓	✓
224	Zabieg naprawczy w zakresie przepony	50%	✓	✓
225	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki przełyku z dostępu brzuszego	35%	–	✓
226	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki przełyku przez torakotomię	45%	–	✓
227	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki przełyku – endoskopowe	10%	–	✓
228	Protezowanie przełyku	10%	–	✓
229	Częściowe wycięcie przełyku	60%	–	✓
230	Całkowite wycięcie przełyku	100%	–	✓
231	Szycie rozerwania przełyku	60%	✓	✓
232	Zamknięcie przetoki przełykowej	40%	–	✓
233	Podwiązanie chirurgiczne żyłaków przełyku (z wyjątkiem endoskopowego)	35%	–	✓
234	Podwiązanie chirurgiczne żyłaków przełyku – endoskopowe	15%	–	✓
235	Usunięcie grasicy (każdy dostęp)	40%	–	✓
236	Zamknięta walwulotomia (każda zastawka)	50%	–	✓
237	Otwarta walwuloplastyka bez wymiany zastawki	100%	✓	✓
238	Wymiana zastawki serca	100%	✓	✓
239	Operacja innych niż określone w pkt 236-238 struktur związanych z zastawkami serca (w tym mięśnie brodawkowate, nitki ścięgnowe, beleczki mięśniowe)	100%	✓	✓
240	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego/międzykomorowego materiałem sztucznym (pourazowego)	100%	✓	✓
241	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej/międzykomorowej z użyciem przeszczepu tkankowego (pourazowego)	100%	✓	✓
242	Rewizja po zabiegach korekcyjnych serca	50%	–	✓
243	Otwarta koronaroplastyka (angioplastyka wieńcowa)	50%	–	✓
244	Angioplastyka balonowa naczyń wieńcowych (przeszkórna)	20%	–	✓
245	Angioplastyka balonowa naczyń wieńcowych z wprowadzeniem stentu	20%	–	✓
246	Pomosty (by-passy) dla rewaskularyzacji serca	80%	✓	✓
247	Pomostowanie aortalno-wieńcowe techniką minimalnie inwazyjną (MIDCAP)	50%	–	✓
248	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	50%	–	✓
249	Perikardiocenteza	20%	–	✓
250	Kardiotomia (w tym nacięcie wsierdzia, mięśnia, przedsionka, komory)	80%	–	✓
251	Perikardiotomia (w tym przecięcie, nacięcie osierdzia)	30%	–	✓
252	Perikardiektomia, częściowe wycięcie worka osierdziowego	30%	–	✓
253	Wycięcie tętniaka serca	80%	–	✓
254	Częściowa wentrykulektomia	80%	✓	✓
255	Zabieg naprawczy serca/osierdzia (tylko zabieg otwarty, w tym wszczepienie urządzenia wspomagającego pracę serca)	60%	✓	✓
256	Przeszczep serca	100%	–	✓

ZABIEGI NA NARZĄDACH I ŚCIANIE KLATKI PIERSIOWEJ

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:		
				LOP	LOPR	
ZABIEGI NA NARZĄDACH I ŚCIANIE KLATKI PIERSIOWEJ	257	Wszczepienie systemu całkowicie zastępującego serce (TAH)	40%	–	✓	
	258	Wymiana lub naprawa wszczepialnej części systemu całkowicie zastępującego serce	40%	–	✓	
	259	Wymiana i naprawa systemu wspomagającego serce	20%	–	✓	
	260	Wszczepienie wewnątrzustrojowego systemu wspomagania serca (VAD)	40%	–	✓	
	261	Wszczepienie przezskórnego zewnętrznego urządzenia wspomagającego pracę serca	20%	–	✓	
	262	Wprowadzenie/rewizja/wymiana/usunięcie elektrod rozrusznika serca, czasowego rozrusznika serca lub rewizja miejsca wprowadzenia rozrusznika	20%	✓	✓	
	263	Założenie/wymiana/usunięcie lub rewizja rozrusznika serca	30%	✓	✓	
	264	Wszczepienie lub wymiana całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/defibrylacji [AICD]	30%	✓	✓	
	265	Wszczepienie elektrod do całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/defibrylacji [AICD]	20%	✓	✓	
	266	Wymiana elektrod do całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/defibrylacji [AICD]	20%	✓	✓	
	267	Zabieg w zakresie przewodu piersiowego (w tym podwiązanie, kaniulowanie, wytworzenie, zamknięcie przetoki)	30%	✓	✓	
	268	Miejscowe wycięcie zmiany gruczołu piersiowego	10%	–	✓	
	269	Resekcja kwadrantu piersi	20%	–	✓	
	270	Wycięcie guza piersi – BCT	20%	–	✓	
	271	Jednostronne proste odjęcie piersi (mastektomia prosta)	30%	–	✓	
	272	Obustronne proste odjęcie piersi	60%	–	✓	
	273	Jednostronne radykalne odjęcie piersi (mastektomia radykalna)	50%	–	✓	
	274	Obustronne radykalne odjęcie piersi	100%	–	✓	
	275	Jednostronna podskórna mammektomia z lub bez jednoczesnego wszczepu	40%	–	✓	
	276	Całkowita rekonstrukcja piersi	40%	–	✓	
	277	Inna niż określone w pkt 268-276 naprawcza/plastyczna operacja piersi (w tym przeszczep płata mięśniowego)	30%	–	✓	
	278	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	20%	–	✓	
	ZABIEGI NA NARZĄDACH I ŚCIANIE JAMY BRZUSZNEJ	279	Częściowe usunięcie śledziony	35%	✓	✓
		280	Całkowita splenektomia	35%	✓	✓
		281	Zabieg naprawczy/plastyka śledziony	35%	✓	✓
		282	Gastrotomia (z wyjątkiem endoskopowej PEG)	30%	✓	✓
		283	Gastrotomia – Przezskórna endoskopowa przetoka żołądkowa [PEG]	15%	–	✓
		284	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki żołądka (z wyjątkiem endoskopowego)	30%	–	✓
285		Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki żołądka – endoskopowe	10%	–	✓	
286		Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z przełykiem	60%	✓	✓	
287		Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z dwunastnicą	60%	✓	✓	
288		Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym	60%	✓	✓	
289		Częściowe wycięcie żołądka – inne niż określone w pkt 286-288 (w tym z wstawką)	60%	✓	✓	
290		Całkowite usunięcie żołądka (w tym z dwunastnicą, z przełykiem)	80%	✓	✓	
291		Zespolenie żołądkowo-jelitowe bez wycięcia żołądka, również laparoskopowe	40%	✓	✓	
292		Zaszycie wrzodu żołądka lub dwunastnicy (operacyjne)	30%	–	✓	
293		Chirurgiczne opanowanie krwotoku z żołądka, dwunastnicy (z wyjątkiem endoskopowego)	30%	–	✓	
294		Opanowanie krwotoku z żołądka, dwunastnicy – endoskopowe	10%	–	✓	
295		Rewizja zespolenia żołądkowego	30%	–	✓	
296		Zabieg naprawczy szycia rozerwanej ściany żołądka	30%	✓	✓	
297		Zamknięcie przetoki żołądka	30%	–	✓	
298		Zabieg naprawczy przywracający wydolność wpustu żołądka (również laparoskopowy)	35%	–	✓	
299		Resekcja w zakresie jelita cienkiego – częściowa, całkowita, mnoga	50%	✓	✓	
300		Plastyka żołądka, również laparoskopowa	35%	–	✓	
301		Podwiązanie chirurgiczne żyłaków wpustu żołądka (z wyjątkiem endoskopowego)	30%	–	✓	
302		Podwiązanie żyłaków wpustu żołądka – endoskopowe	15%	–	✓	
303		Operacja ograniczająca objętość żołądka (również laparoskopowa)	35%	–	✓	
304		Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanek dwunastnicy, jelita cienkiego (z wyjątkiem endoskopowego)	35%	–	✓	
305		Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanek dwunastnicy, jelita cienkiego – endoskopowe	10%	–	✓	
306		Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki jelita grubego (z wyjątkiem endoskopowego)	35%	–	✓	
307		Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki jelita grubego – endoskopowe	10%	–	✓	
308		Całkowita resekcja jelita grubego	80%	–	✓	
309		Wycięcie kątnicy	50%	✓	✓	
310		Hemikolektomia prawostronna	50%	✓	✓	
311		Resekcja poprzecznicy	50%	✓	✓	
312		Hemikolektomia lewostronna	50%	✓	✓	

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
			LOP	LOPR
313	Sigmoidektomia	50%	✓	✓
314	Częściowe operacyjne wycięcie jelita grubego – inne niż określone w pkt 309-313	30%	✓	✓
315	Zespoleenie jelitowe (wszystkie rodzaje)	30%	✓	✓
316	Wyłonienie jelita – cienkiego, grubego (kolostomia, ileostomia – czasowa, stała)	30%	✓	✓
317	Enterostomia – inna niż określone w pkt 316 (z wyjątkiem endoskopowej)	30%	✓	✓
318	Rewizja przetoki jelitowej (w tym rekonstrukcja, plastyka) – jelito cienkie, grube	40%	–	✓
319	Zamknięcie sztucznej przetoki jelitowej – jelito cienkie, grube	30%	–	✓
320	Ufiksowanie jelita cienkiego/grubego	30%	–	✓
321	Inny niż określone w pkt 315-320 zabieg naprawczy w zakresie jelit – w tym szycie rozerwanej dwunastnicy, jelita cienkiego, grubego, zamknięcie przetoki	30%	✓	✓
322	Appendektomia celowa (usunięcie wyrostka robaczkowego), również laparoskopowa	30%	–	✓
323	Inny niż określony w pkt 322 zabieg w zakresie wyrostka robaczkowego (w tym drenaż ropnia)	30%	–	✓
324	Miejscowe wycięcie zmiany odbytnicy (z wyjątkiem endoskopowego)	30%	–	✓
325	Miejscowe wycięcie zmiany odbytnicy – endoskopowe	10%	–	✓
326	Szycie rozerwania odbytnicy	30%	✓	✓
327	Resekcja odbytnicy (każdy dostęp)	50%	✓	✓
328	Wycięcie tkanek okolicy okołoodbytniczej	20%	–	✓
329	Wycięcie, zamknięcie przetoki odbytu	20%	–	✓
330	Podwiązanie hemoroidów	15%	–	✓
331	Wycięcie hemoroidów	20%	–	✓
332	Szycie rany odbytu	20%	✓	✓
333	Wycięcie odbytu	60%	–	✓
334	Zabieg naprawczy w zakresie zwieracza odbytu	25%	–	✓
335	Operacja naprawcza wypadniętego odbytu	20%	–	✓
336	Częściowe wycięcie wątroby	50%	✓	✓
337	Całkowite usunięcie wątroby	100%	✓	✓
338	Zabieg naprawczy – szycie torebki wątroby	30%	–	✓
339	Przeszczep wątroby	100%	–	✓
340	Zabieg naprawczy wątroby – inny niż określone w pkt 338	50%	✓	✓
341	Cholecystektomia (również laparoskopowa)	40%	✓	✓
342	Zespoleenie pęcherzyka żółciowego lub przewodów żółciowych (dróg żółciowych)	40%	✓	✓
343	Wycięcie operacyjne brodawki Vatera/przewodu żółciowego wspólnego	40%	–	✓
344	Radikalne wycięcie dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych z częściowym wycięciem wątroby	80%	–	✓
345	Zabieg naprawczy dróg żółciowych (szycie, plastyka)	40%	✓	✓
346	Protezowanie dróg żółciowych	10%	–	✓
347	Częściowa pankreatektomia (wszystkie rodzaje)	70%	✓	✓
348	Totalna pankreatektomia	100%	✓	✓
349	Pankreatoduodenektomia (operacja Whipplea, Traverso-Longmire'a)	80%	–	✓
350	Przeszczep trzustki	100%	–	✓
351	Operacja naprawcza trzustki (w tym szycie, fistulektomia)	50%	✓	✓
352	Zespoleenie trzustki (przewodu trzustkowego) z jeliem, żołądkiem	50%	✓	✓
353	Jednostronna operacja przepukliny pachwinowej	30%	–	✓
354	Obustronna operacja przepukliny pachwinowej	50%	–	✓
355	Jednostronna operacja przepukliny udowej	30%	–	✓
356	Obustronna operacja przepukliny udowej	50%	–	✓
357	Operacja przepukliny pępkowej	30%	–	✓
358	Operacja przepukliny przeponowej (dostęp piersiowy lub brzuszny)	50%	–	✓
359	Operacja naprawcza innej przepukliny	30%	–	✓
360	Laparotomia zwiadowcza (tylko pourazowa)	30%	✓	✓
361	Usunięcie zrostów otrzewnowych w obrębie jamy brzusznej i miednicy – metoda otwarta i laparoskopowa	30%	–	✓
362	Nacięcie/drenaż ściany jamy brzusznej (warstwa powięziowo-mięśniowa, otrzewna)	10%	✓	✓
363	Zeszycie ściany jamy brzusznej i otrzewnej	30%	✓	✓
364	Zabieg naprawczy w zakresie jamy brzusznej – inny niż określone w pkt 361-363 (w tym przeszczep sieci, operacja naprawcza krezki)	30%	✓	✓
365	Przezkórny drenaż jamy brzusznej	10%	✓	✓

ZABIEGI NA NARZĄDACH I ŚCIANIE JAMY BRZUSZNEJ

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
			LOP	LOPR
366	Drenaż przestrzeni okołonerkowej lub okołopęcherzowej	15%	✓	✓
367	Nacięcie mięszu nerkowego (nephrotomia) i wytworzenie przetoki nerkowej (nephrostomia) w celu eksploracji nerki, usunięcia kamienia	30%	✓	✓
368	Nacięcie miedniczki nerkowej (pielotomia) i wytworzenie przetoki miedniczkowej (pielostomia)	30%	✓	✓
369	Częściowe wycięcie nerki	40%	✓	✓
370	Całkowite wycięcie nerki (nephrektomia)	60%	✓	✓
371	Obustronne wycięcie nerek	100%	✓	✓
372	Przeszczep nerki	80%	✓	✓
373	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej (nephropeksja)	30%	✓	✓
374	Zeszycie rany nerki	30%	✓	✓
375	Zamknięcie nephrostomii/pielostomii	20%	✓	✓
376	Zamknięcie innej przetoki nerkowej	20%	✓	✓
377	Zespolenie nerkowe (miedniczkowe, moczowodowe, kielichowe)	40%	✓	✓
378	Przezskórne nakłucie i odessanie (krwiaka nerki, nakłucie nerki)	20%	✓	✓
379	Nacięcie moczowodu w celu odprowadzenia moczu/eksploracji	20%	✓	✓
380	Częściowe wycięcie moczowodu	50%	✓	✓
381	Całkowite usunięcie moczowodu	60%	✓	✓
382	Wycięcie moczowodu (ureterektomia) – inne niż określone w pkt 380 i 381	50%	✓	✓
383	Wytworzenie przetoki moczowodowo-jelitowo-skrónej (jednostronnie)	70%	✓	✓
384	Wytworzenie przetoki moczowodowo-jelitowo-skrónej (obustronnie)	100%	–	✓
385	Rewizja/zamknięcie przetoki moczowodowej-jelitowo-skrónej	40%	–	✓
386	Wytworzenie przetoki moczowodowo-skrónej (jednostronnie)	60%	✓	✓
387	Wytworzenie przetoki moczowodowo-skrónej (obustronnie)	80%	✓	✓
388	Odprowadzenie moczu do jelita – inne niż określone w pkt 383-385	40%	✓	✓
389	Rewizja zespolenia moczowodowo-jelitowego	20%	–	✓
390	Przeszczepienie moczowodu do pęcherza	40%	✓	✓
391	Zespolenie międzymoczowodowe (transureteroureterostomia)	40%	✓	✓
392	Zeszycie rany moczowodu	30%	✓	✓
393	Zamknięcie przetoki moczowodowej	20%	–	✓
394	Umocowanie moczowodu (ureteropeksja)	10%	–	✓
395	Uwolnienie lub przemieszczenie moczowodu	20%	–	✓
396	Inny zabieg naprawczy moczowodu (wszczep, pętla jelitowa, ureteroplikacja)	50%	✓	✓
397	Podwiązanie moczowodu	30%	✓	✓
398	Przecewkowe opróżnienie pęcherza moczowego – drenaż pęcherza moczowego bez nacięcia	10%	✓	✓
399	Usunięcie skrępow z pęcherza bez nacięcia – przecewkowe	10%	✓	✓
400	Usunięcie kamieni/ciała obcego z pęcherza bez nacięcia (przecewkowe)	10%	–	✓
401	Przezskórna cystostomia (przetoka)	30%	✓	✓
402	Inna przetoka nadłonowa	30%	✓	✓
403	Zespolenie pęcherzowo-skróne (vesicostomia)	40%	✓	✓
404	Rewizja lub zamknięcie przetoki pęcherzowo-skrónej	20%	✓	✓
405	Przecewkowe wycięcie lub zniszczenie zmiany patologicznej lub tkanki pęcherza moczowego	15%	–	✓
406	Otwarte wycięcie zmiany lub tkanki pęcherza	30%	✓	✓
407	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	50%	✓	✓
408	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego (włącznie z wytrzewieniem)	100%	✓	✓
409	Zeszycie rany pęcherza moczowego	20%	✓	✓
410	Zamknięcie cystostomii	10%	–	✓
411	Operacja przetoki pęcherzowo-jelitowej	40%	✓	✓
412	Operacja innej przetoki pęcherzowej	40%	✓	✓
413	Plastyka pęcherza/cewki moczowej/szyi pęcherza	30%	✓	✓
414	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	80%	✓	✓
415	Wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego – nadłonowo	15%	✓	✓
416	Wszczepienie/wymiana/usunięcie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	15%	–	✓
417	Nacięcie cewki moczowej (w celu usunięcia kamienia, wytworzenia przetoki)	10%	–	✓
418	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanek cewki moczowej (w tym endoskopowe)	15%	–	✓
419	Wycięcie cewki moczowej	80%	✓	✓
420	Operacje naprawcze cewki (operacja przetoki, odtworzenie ciągłości, plastyka ujścia zewnętrznego, z wyjątkiem operacji spodziectwa lub wierzchniactwa)	20%	–	✓
421	Usunięcie operacyjne zwężenia cewki moczowej (również endoskopowe)	15%	–	✓
422	Zeszycie rany cewki moczowej	15%	✓	✓

ZABIEGI NA NARZĄDACH UKŁADU MOCZOWEGO I PŁCIOWEGO

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
			LOP	LOPR
423	Odtworzenie ciągłości cewki moczowej	30%	✓	✓
424	Nacięcie tkanki okołocewkowej	10%	–	✓
425	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej [AUS]	20%	–	✓
426	Uwolnienie zrostów okołonerkowych lub około moczowodowych (w tym laparoskopowo)	20%	–	✓
427	Uwolnienie zrostów około pęcherzowych (w tym laparoskopowo)	20%	–	✓
428	Inne nacięcie tkanki około pęcherzowej – odsłonięcie (eksploracja) przestrzeni około pęcherzowej, pozałonowej, drenaż krwiaka	20%	✓	✓
429	Sfałdowanie (plikacja) połączenia pęcherzowo cewkowego	20%	–	✓
430	Operacja nadłonowa z użyciem pętli podwieszającej	20%	–	✓
431	Załonowe podwieszenie cewki moczowej	20%	–	✓
432	Inna operacja wysiłkowego nietrzymania moczu – podwieszenie cewki i pęcherza (wykluczone wstrzyknięcia implantu)	20%	–	✓
433	Nacięcie ropnia stercza z drenażem	20%	✓	✓
434	Przezcewkowe wycięcie gruczolu krokowego (w tym laserowe TULIP, PVP)	30%	–	✓
435	Prostatektomia nadłonowa	50%	✓	✓
436	Prostatektomia załonowa	50%	✓	✓
437	Prostatektomia radykalna	60%	✓	✓
438	Wycięcie pęcherzyków nasiennych	40%	–	✓
439	Nacięcie i drenaż moszny i osłonki pochwowej jądra	20%	✓	✓
440	Szycie rany moszny, osłonki pochwowej jądra	15%	✓	✓
441	Operacja przetoki mosznowej	30%	✓	✓
442	Operacja naprawcza moszny/osłonki pochwowej – inna niż określone w pkt 440 i 441	30%	✓	✓
443	Rekonstrukcja moszny	30%	✓	✓
444	Wycięcie torbieli Morgagni'ego jądra	20%	–	✓
445	Jednostronne wycięcie jądra	30%	✓	✓
446	Wycięcie obu jąder	80%	✓	✓
447	Szycie rany jądra	20%	✓	✓
448	Wycięcie żyłaków i wodniaka powrózka nasiennego	15%	–	✓
449	Wycięcie torbieli najądrza	10%	–	✓
450	Wycięcie najądrza	20%	✓	✓
451	Szycie rany powrózka nasiennego/najądrza	30%	✓	✓
452	Przeszczep powrózka nasiennego	20%	–	✓
453	Zabieg naprawczy nasieniowodu/najądrza	20%	–	✓
454	Szycie rany nasieniowodu/najądrza	30%	✓	✓
455	Miejscowe wycięcie chirurgiczne zmiany prącia i/lub moszny	10%	–	✓
456	Amputacja prącia	50%	✓	✓
457	Szycie rany prącia	10%	✓	✓
458	Odtworzenie prącia	80%	✓	✓
459	Replantacja/przyszycie amputowanego prącia	80%	✓	✓
460	Lokalne wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki jajników (również laparoskopowo)	25%	–	✓
461	Jednostronne usunięcie jajnika (również laparoskopowe)	35%	✓	✓
462	Jednostronne usunięcie jajnika i jajowodu (również laparoskopowe)	40%	✓	✓
463	Obustronne usunięcie jajników (również laparoskopowe)	80%	✓	✓
464	Usunięcie obu jajników i jajowodów (również laparoskopowe)	80%	✓	✓
465	Szycie jajnika	20%	✓	✓
466	Przemieszczenie jajnika/reimplantacja (również laparoskopowe)	25%	–	✓
467	Plastyka jajowodu/jajnika	30%	✓	✓
468	Operacja naprawcza – umocowanie jajnika	30%	✓	✓
469	Usunięcie zrostów jajnikowo-jajowodowych (również laparoskopowe)	20%	–	✓
470	Otwarcie „na tępo” ropnia jajowodowo-jajnikowego	20%	✓	✓
471	Całkowite jednostronne wycięcie jajowodu	30%	✓	✓
472	Całkowite obustronne wycięcie jajowodów	50%	✓	✓
473	Szycie jajowodu	20%	✓	✓
474	Częściowe wycięcie jajowodu	30%	–	✓
475	Operacja wykonywana na jajowodach – inna niż określone w pkt 469-474 (zespoleń, przywrócenie drożności, wszczepienie do macicy)	30%	✓	✓
476	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki szyjki macicy	30%	–	✓
477	Wycięcie szyjki macicy z równoczesną plastyką pochwy	40%	–	✓
478	Szycie rozdarcia szyjki macicy	20%	✓	✓
479	Zamknięcie przetoki szyjki macicy	20%	✓	✓

ZABIEGI NA NARZĄDACH UKŁADU MOCZOWEGO I PŁCIOWEGO

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:		
			LOP	LOPR	
ZABIEGI NA NARZĄDACH UKŁADU MOCZOWEGO I PŁCIOWEGO	480	Usunięcie chirurgiczne mięśniaka/mięśniaków macicy	30%	–	✓
	481	Niecałkowite wycięcie macicy drogą brzuszną (w tym laparoskopowe nadszyjkowe usunięcie macicy LSH i LASH, klasyczne śródpowięziowe usunięcie macicy CISH)	40%	✓	✓
	482	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną (proste i poszerzone)	50%	✓	✓
	483	Wycięcie macicy drogą pochwową (w tym laparoskopowe)	40%	✓	✓
	484	Radykalne wycięcie macicy drogą brzuszną (operacja Wertheima)	60%	–	✓
	485	Radykalne wycięcie macicy drogą pochwową	50%	–	✓
	486	Wytrzewienie miednicy małej	100%	✓	✓
	487	Zabieg podwieszenia macicy (wszystkie rodzaje)	25%	–	✓
	488	Szycie rozdarcia macicy	30%	✓	✓
	489	Zamknięcie przetoki macicy	30%	✓	✓
	490	Usunięcie penetrującego ciała obcego z szyjki macicy	20%	✓	✓
	491	Nakłucie zagłębienia odbytniczo-macicznego (zatoki Douglasa)	10%	✓	✓
	492	Nacięcie zagłębienia odbytniczo-macicznego	20%	✓	✓
	493	Drenaż krwiaka pochwy	10%	✓	✓
	494	Wycięcie zmiany z zagłębienia odbytniczo-macicznego (zatoki Douglasa)	30%	–	✓
	495	Wycięcie chirurgiczne zmiany pochwy	20%	–	✓
	496	Zamknięcie światła pochwy	15%	✓	✓
	497	Całkowite wycięcie pochwy	30%	✓	✓
	498	Plastyka pochwy – przednia i/lub tylna	30%	–	✓
	499	Odtworzenie pochwy	40%	✓	✓
	500	Szycie rozdarcia pochwy	10%	✓	✓
	501	Operacja przetoki pochwowo-jelitowej i innej	40%	✓	✓
	502	Plastyka pochwy i krocza	20%	✓	✓
	503	Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina	15%	–	✓
	504	Wycięcie chirurgiczne torbieli gruczołu Bartholina	20%	–	✓
	505	Amputacja łechtaczki	20%	✓	✓
	506	Radykalne wycięcie sromu	60%	–	✓
	507	Inny niż określony w pkt 506 zabieg wycięcia sromu (w tym proste wycięcie)	30%	✓	✓
	508	Szycie pęknięcia sromu lub krocza	20%	✓	✓
	509	Operacja przetoki sromu lub krocza	30%	✓	✓
OPERACJE KRĘGOSŁUPA	510	Wycięcie krążka międzykręgowego – Usunięcie operacyjne przepukliny jądra miazdżystego na każdym poziomie	30%	✓	✓
	511	Spondylodeza (usztywnienie kręgosłupa) szczytowo-obrotowa – czaszkowo-szyjna, C1-C2, potyliczno-C2 z dojścia przedniego, tylnego lub przez jamę ustną	100%	✓	✓
	512	Spondylodeza szyjna z dostępu przedniego	80%	✓	✓
	513	Spondylodeza szyjna z dostępu tylnego	80%	✓	✓
	514	Spondylodeza piersiowa/piersiowo-łędźwiowa z dostępu przedniego	100%	✓	✓
	515	Spondylodeza piersiowa/piersiowo-łędźwiowa z dostępu tylnego	100%	✓	✓
	516	Spondylodeza łędźwiowa/łędźwiowo-krzyżowa z dostępu przedniego	100%	✓	✓
	517	Spondylodeza łędźwiowa/łędźwiowo-krzyżowa wyrostków poprzecznych z dostępu bocznego	60%	✓	✓
	518	Spondylodeza łędźwiowa/łędźwiowo-krzyżowa z dostępu tylnego (w tym PLIF, TLIF)	80%	✓	✓
	519	Wertebroplastyka (maksymalnie 10%, niezależnie od liczby kręgów)	10%	–	✓
	520	Kyfoplastyka (maksymalnie 15%, niezależnie od liczby kręgów)	15%	–	✓
	521	Wprowadzenie urządzenia łączącego trzony kręgów (maksymalnie 15%, niezależnie od liczby kręgów)	15%	–	✓
	522	Wymiana krążka międzykręgowego – wszczepienie sztucznego dysku (maksymalnie 50%, niezależnie od liczby krążków) – w odcinku szyjnym	50%	–	✓
	523	Wymiana krążka międzykręgowego – wszczepienie sztucznego dysku (maksymalnie 60%, niezależnie od liczby krążków) – w odcinku piersiowym	60%	–	✓
	524	Wymiana krążka międzykręgowego – wszczepienie sztucznego dysku (maksymalnie 50%, niezależnie od liczby krążków) – w odcinku łędźwiowo-krzyżowym	50%	–	✓
	525	Operacja rewizyjna lub wymiana protezy krążka – każda lokalizacja (maksymalnie 40%, niezależnie od liczby krążków)	40%	–	✓
	526	Operacja złamania kręgu – nastawienie złamania, podniesienie fragmentu kości	100%	✓	✓
	527	Operacja złamania kręgu – usunięcie fragmentu kostnego z kanału kręgowego	100%	✓	✓

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:		
			LOP	LOPR	
ZABIEGI W ZAKRESIE UKŁADU MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWEGO	528	Przecięcie mięśnia/ścięgna/powięzi ręki	10%	✓	✓
	529	Uwolnienie zrostów ręki	10%	–	✓
	530	Szycie mięśnia/ścięgna/powięzi ręki	15%	✓	✓
	531	Operacja na mięśniu/ścięgnie/rozciągnięciu dłoniowym – eksploracja pochewki ścięgna, nacięcie, drenaż	10%	✓	✓
	532	Operacja na mięśniu/ścięgnie/rozciągnięciu dłoniowym – wycięcie zmiany lub tkanek miękkich ręki	20%	–	✓
	533	Przeszczep mięśnia, ścięgna ręki	30%	–	✓
	534	Rekonstrukcja kciuka	50%	✓	✓
	535	Operacja plastyczna ręki – przeszczep mięśni/powięzi	40%	–	✓
	536	Nacięcie mięśni/ścięgien/powięzi/kaletki (eksploracja pochewki ścięgna) z wyjątkiem ręki	10%	✓	✓
	537	Wycięcie zmiany mięśnia/ścięgna/powięzi/kaletki	20%	–	✓
	538	Inne wycięcie w zakresie mięśnia/ścięgna/powięzi/kaletki	20%	–	✓
	539	Szycie mięśnia/ścięgna/powięzi/rozciągnięciu z wyjątkiem ręki (w tym zeszywanie ścięgna Achillesa)	20%	✓	✓
	540	Rekonstrukcja mięśnia/ścięgna (w tym wydłużenie, skrócenie, przemieszczenie, przeszczep, powtórne przytwierdzenie)	30%	✓	✓
	541	Operacja plastyczna w zakresie mięśnia/ścięgna/powięzi	25%	–	✓
542	Uwolnienie zrostów mięśni/ścięgien/powięzi/kaletki	10%	–	✓	
543	Rekonstrukcja pierwotna wielokankowych uszkodzeń kończyny górnej	50%	✓	✓	
544	Rekonstrukcja pierwotna wielokankowych uszkodzeń kończyny dolnej	50%	✓	✓	
ZABIEGI NA NACZYNIACH	545	Nacięcie naczynia (embolektomia, trombektomia) – każda lokalizacja naczynia	20%	✓	✓
	546	Szycie naczynia krwionośnego (tętnicy, żyły)	25%	✓	✓
	547	Chirurgiczne wycięcie naczynia tętniczego – każda lokalizacja	50%	–	✓
	548	Chirurgiczne wycięcie naczynia żylnego – każda lokalizacja	30%	–	✓
	549	Wycięcie naczynia tętniczego z zespoleniem – każda lokalizacja	70%	✓	✓
	550	Wycięcie naczynia żylnego z zespoleniem – każda lokalizacja	30%	✓	✓
	551	Wycięcie naczynia tętniczego ze wstawką naczynia – każda lokalizacja	60%	✓	✓
	552	Wycięcie naczynia żylnego ze wstawką naczynia – każda lokalizacja	40%	✓	✓
	553	Naprawa naczynia krwionośnego żylnego (łatką)	25%	–	✓
	554	Naprawa naczynia krwionośnego tętniczego (łatką)/plastyka	40%	–	✓
	555	Wycięcie tętniaka z zespoleniem – aorty, naczyń wewnątrzczaszkowych	90%	–	✓
	556	Wycięcie tętniaka z zespoleniem – inna lokalizacja niż określone w pkt 555	70%	–	✓
	557	Klipsowanie tętniaka	30%	–	✓
	558	Inny niż określony w pkt 557 zabieg naprawczy tętniaka (w tym podwiązanie, zeszywanie, klejenie, embolizacja)	30%	–	✓
	559	Podwiązanie i wycięcie żyłaków żył kończyny dolnej	20%	–	✓
	560	Podwiązanie i wycięcie żyłaków naczyń wewnątrzczaszkowych/głowy i szyi	40%	–	✓
	561	Podwiązanie i wycięcie żyłaków – inna lokalizacja (z wyjątkiem przetyku)	30%	–	✓
	562	Wprowadzenie/usunięcie filtra żyły głównej/podwiązanie żyły głównej	30%	–	✓
	563	Chirurgiczne zamknięcie dużego naczynia (zaklepowanie, rozdzielenie, podwiązanie, zamknięcie, okluzja)	20%	✓	✓
	564	Pomost naczyniowy tętniczy: pomost aorta - t. podobojczykowa - t. szyjna wspólna, pomost aortalno-biodrowy, biodrowo-udowy, aortalno-trzewny	80%	✓	✓
	565	Tętnicze zespolenie systemowo-płucne	80%	–	✓
	566	Zewnątrzczaszkowy – wewnątrzczaszkowy pomost naczyniowy	60%	✓	✓
	567	Zespolenie naczyniowe tętnicze klatki piersiowej, wewnątrzbrzuszne	60%	–	✓
	568	Zespolenie lub pomost naczyniowy obwodowy – inne niż określone w pkt 564-567	40%	✓	✓
	569	Śródbrzuszne zespolenie żyłne	50%	–	✓
	570	Wewnątrzczaszkowy zabieg naprawczy aorty brzusznej – wszczępienie stentu do aorty lub tętniaka (również stent aortalno-udowy)	80%	✓	✓
	571	Wszczepienie wewnątrzczaszkowy w obrębie aorty piersiowej	100%	✓	✓
	572	Wszczepienie stentu(ów) do tętnicy obwodowej	30%	✓	✓
	573	Wytworzenie/rewizja przetoki tętniczo-żylny dla dializy	20%	✓	✓
	574	Usunięcie przetoki tętniczo-żylny dla dializy	10%	–	✓
	575	Rewizja po zabiegach naczyniowych – inna niż określone w pkt 573	30%	–	✓
	576	Angioplastyka lub aterektomia naczynia innego niż wieńcowe – przeszskórna angioplastyka (PTA) tętnicy	20%	–	✓
	577	Angioplastyka lub aterektomia naczynia innego niż wieńcowe – przeszskórna angioplastyka (PTA) żylna	20%	–	✓
578	Naprawcza operacja wewnątrzczaszkowa w obrębie głowy i szyi	40%	–	✓	
579	Wewnątrzczaszkowe usunięcie przeszkody w świetle naczynia – embolektomia, trombektomia, udrożnienie mechaniczne, laserowe	20%	–	✓	
580	Operacja kłębka szyjnego/innych kłębków naczyniowych	30%	–	✓	
581	Opanowanie chirurgiczne krwotoku pooperacyjnego	25%	–	✓	

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:		
			LOP	LOPR	
ZABIEGI NA NACZYNIACH	582	Radykalne (poszerzone, doszczętne) wycięcie węzłów chłonnych	30%	–	✓
	583	Zabieg operacyjny w zakresie przewodu piersiowego	30%	–	✓
	584	Podwiązanie obwodowych naczyń chłonnych	15%	–	✓
	585	Rekonstrukcja/zabieg naprawczy obwodowych naczyń chłonnych	30%	–	✓
ZABIEGI W OBRĘBIE KOŚCI I STAWÓW	586	Częściowe wycięcie żuchwy (hemimandibulektomia, subtotalna resekcja żuchwy)	50%	–	✓
	587	Całkowite wycięcie żuchwy	100%	–	✓
	588	Połówiczne wycięcie szczęki (z przeszczepem kostnym lub protezą)	60%	–	✓
	589	Całkowite usunięcie innej kości twarzy z jednoczasową rekonstrukcją chirurgiczną lub protetyczną (w tym szczęki)	70%	–	✓
	590	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	30%	–	✓
	591	Plastyka gałęzi/trzonu żuchwy/osteoplastyka szczęki (z wyjątkiem plastyki bródki)	30%	✓	✓
	592	Zabieg naprawczy w zakresie innych kości twarzy/zabieg ortognotyczny/osteoplastyka wielu kości	50%	✓	✓
	593	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	30%	✓	✓
	594	Otwarte nastawienie złamania szczęki	30%	✓	✓
	595	Otwarte nastawienie złamania żuchwy	30%	✓	✓
	596	Otwarte nastawienie złamania zębodołu	30%	✓	✓
	597	Otwarte nastawienie kości twarzy – inne niż określone w pkt 593-596 (w tym oczodołu/z osteosyntezą)	60%	✓	✓
	598	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	50%	✓	✓
	599	Przeszczep kostny kości twarzy	10%	–	✓
	600	Wycięcie martwaka – każda lokalizacja (łącznie za wszystkie)	20%	✓	✓
	601	Osteotomia klinowa – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek łącznie), kość ramienna, promieniowa, łokciowa, udowa, piszczelowa, strzałkowa	50%	–	✓
	602	Osteotomia klinowa – kości nadgarstka/śródręcza (łącznie za wszystkie)	20%	–	✓
	603	Osteotomia klinowa – rzepka	30%	–	✓
	604	Osteotomia klinowa – kości stępu/kości śródstopia (łącznie za wszystkie)	20%	–	✓
	605	Osteotomia klinowa – inne kości (miednica, kręgi) – łącznie za wszystkie	50%	–	✓
	606	Osteotomia klinowa – paliczki palców stopy/ręki (łącznie za wszystkie)	20%	–	✓
	607	Wycięcie kaletki z korekcją palucha koślawego i/lub zniekształceń innych palców	20%	–	✓
	608	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości (każda lokalizacja)	10%	–	✓
	609	Częściowe wycięcie kości, w tym do przeszczepu (każda lokalizacja)	10%	–	✓
	610	Całkowite wycięcie kości (z wyjątkiem paliczków)	20%	–	✓
	611	Całkowite wycięcie paliczków dłoni (maksymalnie 10% w każdej dłoni, niezależnie od liczby paliczków)	10%	–	✓
	612	Całkowite wycięcie paliczków stopy (maksymalnie 10% w każdej stopie, niezależnie od liczby paliczków)	10%	–	✓
	613	Przeszczep kostny z banku kości, autogeny, heterogeny, wszczep wzmocniony, wszczep materiałów kościozastępczych (każda lokalizacja)	20%	–	✓
	614	Wprowadzenie/usunięcie wypełniacza przestrzeni kostnych (łącznie za wszystkie)	10%	–	✓
	615	Założenie/wymiana zewnętrznego stabilizatora kości w zakresie kości śródręcza, nadgarstka, śródstopia lub stępu	30%	✓	✓
	616	Założenie/wymiana zewnętrznego stabilizatora kości w zakresie paliczków (maksymalnie 30% w każdej kończynie, niezależnie od liczby paliczków)	30%	✓	✓
	617	Założenie/wymiana zewnętrznego stabilizatora kości w zakresie kręgów (niezależnie od liczby kręgów)	30%	✓	✓
	618	Założenie/wymiana zewnętrznego stabilizatora kości, każda lokalizacja inna niż wymienione w pkt 615-617	30%	✓	✓
	619	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości (stabilizator inwazyjny, zespolenie przezskórne, implant mechaniczny) – każda lokalizacja	10%	✓	✓
	620	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu (wyłącznie chirurgiczny, bez uwzględnienia czynników wzrostu GPS) – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek łącznie), kość ramienna, promieniowa, łokciowa, udowa, piszczelowa, strzałkowa	50%	–	✓
	621	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu (wyłącznie chirurgiczny, bez uwzględnienia czynników wzrostu GPS) – kości nadgarstka/śródręcza/paliczki ręki – łącznie za wszystkie	20%	✓	✓
	622	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu (wyłącznie chirurgiczny, bez uwzględnienia czynników wzrostu GPS) – rzepka	20%	✓	✓
	623	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu (wyłącznie chirurgiczny, bez uwzględnienia czynników wzrostu GPS) – kości stępu/kości śródstopia/paliczki stopy – łącznie za wszystkie	20%	✓	✓
	624	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu (wyłącznie chirurgiczny, bez uwzględnienia czynników wzrostu GPS) – miednica, kręgi (łącznie za wszystkie)	50%	✓	✓
	625	Inny niż określone w pkt 620-624 zabieg naprawczy kości – łopatka, obojczyk, mostek, kość ramienna, promieniowa, łokciowa, udowa, piszczelowa, strzałkowa	20%	✓	✓
	626	Inny niż określone w pkt 620-624 zabieg naprawczy kości śródręcza, nadgarstka, śródstopia, stępu, paliczków, żeber – łącznie za wszystkie	20%	–	✓
	627	Inny niż określone w pkt 620-624 zabieg naprawczy kości - miednica, kręgi – łącznie za wszystkie	40%	–	✓
	628	Inny niż określone w pkt 620-624 zabieg naprawczy kości – z plastyką/rekonstrukcją kości (łącznie za wszystkie)	40%	–	✓
629	Profilaktyczna stabilizacja wewnętrzna kości, bez nastawienia złamania – każda lokalizacja	20%	✓	✓	
630	Powtórne wprowadzenie/wymiana wewnętrznego stabilizatora	20%	✓	✓	
631	Usunięcie zespolenia wewnętrznego (każda lokalizacja)	25%	✓	✓	

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:		
			LOP	LOPR	
ZABIEGI W OBRĘBIE KOŚCI I STAWÓW	632	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość ramienna	50%	✓	✓
	633	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość promieniowa/tokciowa	40%	✓	✓
	634	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kości nadgarstka/kości śródreżca	20%	✓	✓
	635	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – paliczki ręki	20%	✓	✓
	636	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość udowa	50%	✓	✓
	637	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość piszczelowa/kość strzałkowa	40%	✓	✓
	638	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kości stępu/kości śródstopia	30%	✓	✓
	639	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – paliczki (stopy)	10%	✓	✓
	640	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – obojczyk	20%	✓	✓
	641	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – miednica (łącznie za wszystkie)	60%	✓	✓
	642	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – rzepka	20%	✓	✓
	643	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość ramienna	50%	✓	✓
	644	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość promieniowa/tokciowa	40%	✓	✓
	645	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości nadgarstka/kości śródreżca	20%	✓	✓
	646	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki ręki	20%	✓	✓
	647	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość udowa	50%	✓	✓
	648	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość piszczelowa/kość strzałkowa	40%	✓	✓
	649	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości stępu/kości śródstopia	30%	✓	✓
	650	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki stopy	10%	✓	✓
	651	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – obojczyk	20%	✓	✓
	652	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – miednica (łącznie za wszystkie)	80%	✓	✓
	653	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – rzepka	20%	✓	✓
	654	Zamknięte nastawienie oddzielonej nasady kości ze stabilizacją – każda lokalizacja	20%	✓	✓
	655	Otwarte nastawienie oddzielonej nasady kości ze stabilizacją – każda lokalizacja	30%	✓	✓
	656	Opracowanie chirurgiczne otwartego złamania – wszystkie lokalizacje	10%	–	✓
	657	Zamknięte nastawienie zwichnięcia	10%	✓	✓
	658	Otwarte nastawienie zwichnięcia	20%	✓	✓
	ZABIEGI NAPRAWCZE W ZAKRESIE STAWÓW KOŃCZNY	659	Artroskopia stawów – kolanowego, barkowego, nadgarstka, stopy (nacięcie/wycięcie struktur stawu)	20%	–
660		Artroskopia (nacięcie/wycięcie struktur stawu) – inne stawy niż określone w pkt 659	15%	–	✓
661		Artrotomia, Artrostomia (nacięcie struktur stawu – każda lokalizacja)	10%	–	✓
662		Zabieg chirurgiczny w zakresie tkanek miękkich narządu ruchu – przecięcie (uwolnienie) torebki stawowej/ścięgna/więzadła/chrząstki	10%	–	✓
663		Korekcja operacyjna ciężkich deformacji stopy	30%	–	✓
664		Synowiektoomia chirurgiczna w zakresie śródreżca, nadgarstka, śródstopia lub stępu	10%	–	✓
665		Synowiektoomia chirurgiczna w zakresie paliczków (maksymalnie 10% w każdej kończynie, niezależnie od liczby stawów)	10%	–	✓
666		Synowiektoomia chirurgiczna w zakresie kręgów (niezależnie od liczby stawów)	10%	–	✓
667		Synowiektoomia chirurgiczna, każda lokalizacja inna niż wymienione w pkt 664-666	10%	–	✓
668		Operacja otwarta stawu biodrowego	50%	✓	✓
669		Operacja rewizyjna w obrębie stawu biodrowego (otwarta)	70%	✓	✓
670		Operacja otwarta stawu kolanowego	50%	✓	✓
671		Operacja rewizyjna stawu kolanowego (otwarta)	70%	✓	✓
672		Wycięcie operacyjne łątki kolana (częściowe, całkowite)	20%	✓	✓
673		Szycie łątki/Operacja naprawcza łątki	25%	–	✓
674		Przeszczep łątki	30%	–	✓
675		Plastyka więzadła kolana (five-in-one) – również artroskopowa	40%	✓	✓
676		Plastyka niestabilności przednio-przyśrodkowej kolana z uszkodzeniem łątki – również artroskopowa	30%	✓	✓
677		Plastyka niestabilności rzepki – również artroskopowa	30%	✓	✓
678		Plastyka więzadeł krzyżowych kolana – również artroskopowa	10%	✓	✓
679		Rekonstrukcja więzadeł krzyżowych kolana – również artroskopowa	30%	✓	✓
680		Plastyka/rekonstrukcja więzadeł pobocznych kolana – również artroskopowa	15%	✓	✓
681		Plastyka stawu kolanowego – osteotomia/plastyka troczków rzepki – również artroskopowa	30%	✓	✓
682		Plastyka stawu skokowego – osteotomia/usztywnienie – również artroskopowa	50%	✓	✓
683		Wymiana dużego stawu kończyny – biodrowego, kolanowego, barkowego, łokciowego, skokowego, nadgarstka – endoprotezoplastyka całkowita/częściowa/operacja rewizyjna	50%	✓	✓
684		Wymiana stawów stopy (w tym stawów palców, niezależnie od liczby stawów)	10%	–	✓
685		Wymiana stawów dłoni (w tym stawów palców, niezależnie od liczby stawów)	10%	–	✓
686		Szycie torebki stawowej/więzadeł kończyny górnej	15%	✓	✓
687		Szycie torebki stawowej/więzadeł stawów stępu/stopy	10%	✓	✓
688		Szycie torebki stawowej/więzadeł kończyny dolnej – inne niż określony w pkt 687	10%	✓	✓
689		Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	30%	–	✓

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:		
			LOP	LOPR	
AMPUTACJE W ZAKRESIE KOŃCZYN	690	Amputacja kończyny górnej	40%	✓	✓
	691	Amputacja i wyluszczenie palca ręki w stawie	10%	✓	✓
	692	Amputacja i wyluszczenie kciuka w stawie	20%	✓	✓
	693	Amputacja w zakresie ręki	30%	✓	✓
	694	Wyluszczenie nadgarstka	30%	✓	✓
	695	Amputacja w zakresie przedramienia	30%	✓	✓
	696	Wyluszczenie w stawie łokciowym	40%	✓	✓
	697	Amputacja w zakresie ramienia	40%	✓	✓
	698	Wyluszczenie w stawie barkowym	40%	✓	✓
	699	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	50%	✓	✓
	700	Amputacja kończyn dolnej – nieokreślona inaczej	50%	✓	✓
	701	Amputacja palca stopy	10%	✓	✓
	702	Amputacja w zakresie stopy	30%	✓	✓
	703	Wyluszczenie w stawie skokowym	30%	✓	✓
	704	Inna niż określone w pkt 701 i 702 amputacja poniżej kolana	40%	✓	✓
	705	Wyluszczenie w stawie kolanowym	50%	✓	✓
	706	Amputacja powyżej kolana	50%	✓	✓
	707	Wyluszczenie w stawie biodrowym	60%	✓	✓
	708	Brzusznno-miedniczne odjęcie kończyny dolnej	80%	✓	✓
	709	Replantacja kończyny	100%	✓	✓
710	Rewizja kikuta po amputacji (w tym powtórna amputacja kikuta)	10%	✓	✓	
711	Wszczep lub dopasowanie protezy kończyny	10%	✓	✓	
712	Replantacja w zakresie kończyny z wyjątkiem palców	50%	–	✓	
713	Replantacja palca dłoni lub stopy	10%	–	✓	

**Warunki Umowy dodatkowej – Renta miesięczna
w razie śmierci Ubezpieczonego
(kod produktu: DWR2)**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2 pkt 1) i pkt 2) z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 7), 8) i 19) – § 9 ust. 1 pkt 1), 3), 4) z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 19)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 2 pkt 3) oraz ust. 3 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 2), 3), 4) – § 11 ust. 3
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki Umowy dodatkowej – Renta miesięczna w razie śmierci Ubezpieczonego (kod produktu: DWR2)

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 stanowią treści Umowy ubezpieczenia, lecz pełnią jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i dlatego nie zastępują one pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

Umowa, która zapewni regularne wsparcie finansowe Twoim bliskim na wypadek, gdyby Ciebie zabrakło.

Czego dotyczy niniejszy dokument?

§ 1

1.

Niniejsze warunki Umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnych umów ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie (zwanymi dalej Umowami głównymi) zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A. (zwane dalej Allianz).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, gdy Umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

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 następujące znaczenia:

- 1) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie.
- 2) **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.
- 3) **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.
- 4) **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.
- 5) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w polisie lub aneksie do polisy, w którym Allianz zaczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- 6) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniami rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej. Pierwszy Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy, każdy kolejny Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.
- 7) **Okres wypłaty Renty** – czas trwania wypłaty Renty, rozpoczynający się w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, którego długość wskazana jest w polisie lub aneksie do polisy.

- 8) **Renta** – świadczenie wypłacane przez Allianz miesięcznie w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Wysokość Renty oraz Okres wypłaty Renty określone są w polisie lub w aneksie do polisy.
- 9) **Rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.
- 10) **Składka** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej, zwana również w treści warunków Umowy głównej składką regularną dodatkową.
- 11) **Termin wypłaty Renty** – dzień każdego miesiąca w Okresie wypłaty Renty, odpowiadający dniowi wskazanemu w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a gdyby takiego dnia nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
- 12) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła Umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania Składek.
- 13) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie objęte jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- 14) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia z wypłatą Renty miesięcznej w razie śmierci Ubezpieczonego.
- 15) **Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym.
- 16) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania Renty z tytułu Umowy dodatkowej w razie śmierci Ubezpieczonego.
- 17) **Uposażony Zastępczy** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania Renty w razie zgonu wszystkich Uposażonych lub utraty przez nich praw do świadczenia.
- 18) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie przez Allianz decyzji o warunkach, na jakich przyjmie on odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej, dokonane na podstawie złożonego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej wraz z wymaganymi dokumentami oraz na podstawie innych, niezbędnych informacji uzyskanych od Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy dodatkowej.
- 19) **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 Umowy dodatkowej.

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.

- 1) W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiedzialność Allianz w zakresie Umowy dodatkowej polega na wypłacie Renty osobie lub osobom wskazanym przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt. 3).
- 2) Renta wypłacana jest w Okresie wypłaty Renty na zasadach określonych w § 9.
- 3) Allianz nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:
 - a) samobójstwa, samookaleczenia lub Ubezpieczonego na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonane 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.

3.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy 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, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście Zdarzenia.

W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?

§ 4

1. 1) 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.
- 2) Umowa dodatkowa jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego na formularzu wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej udostępnionym przez Allianz.
- 3) Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty, Allianz dostarcza Ubezpieczającemu tekst warunków Umowy dodatkowej.
- 4) Allianz ma prawo odmówić zawarcia Umowy dodatkowej.

2.

- 1) Zawarcie Umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem Umowy głównej lub w trakcie jej trwania, w terminie zgodnym z terminem płatności składki regularnej z tytułu Umowy głównej.
- 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 lub w trakcie trwania Umowy głównej.

3.

- 1) Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej oraz na podstawie przedstawionych dokumentów Allianz zastrzega sobie prawo do:
 - a) niezaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia Umowy dodatkowej,
 - b) zaproponowania Ubezpieczającemu zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku.
- 2) Złożenie oferty (kontroferty) przez Allianz na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej następuje poprzez dostarczenie Ubezpieczającemu najpóźniej przy doręczeniu polisy lub aneksu do polisy, pisma w którym Allianz zwróci Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) uwagę na postanowienia Umowy dodatkowej odbiegające od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku oraz wyznaczy Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu co najmniej 7-dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Allianz została przyjęta, a Umowa dodatkowa zostaje zawarta zgodnie z warunkami przyjętymi przez Allianz w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu Umowę dodatkową uważa się za niezawartą.

4.

W przypadku odmowy przez Allianz zawarcia Umowy dodatkowej lub wniesienia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 3 pkt 2), Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w terminie 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie lub odpowiednio daty złożenia sprzeciwu w Allianz.

5.

Umowa dodatkowa nie dochodzi do skutku, jeżeli Składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

6.

- 1) Ubezpieczający i Ubezpieczony mają obowiązek podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które byli zapytywani przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej. W razie Zaakceptowania

ryzyka przez Allianz mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uznaje się za nieistotne.

- 2) Jeśli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie wypełnią obowiązku, o którym mowa w pkt 1) powyżej, zastosowanie mają postanowienia § 3 ust. 3.

7.

- 1) Umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 pkt 2).
- 2) Allianz podejmuje decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- 3) Allianz poinformuje o Zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę lub aneks do polisy, potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej.

8.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłacenia Składki.

Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?

§ 5

1.

- 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 81 lat,
 - b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - c) do dnia przekształcenia Umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - d) do dnia dożycia, w przypadku Umowy głównej będącej ubezpieczeniem na życie i dożycie,
 - e) do dnia śmierci Ubezpieczonego.
- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron niełoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, 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, kolejna Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia zasadach wskazanych w pkt 2).

2.

Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

3.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 2, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od Umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

4.

- 1) Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 1 pkt 1) oraz ust. 2, Umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.
- 2) W razie wypowiedzenia Umowy dodatkowej ubezpieczenia Allianz dokona zwrotu części składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

Jeśli zmienisz zdanie i poinformujesz nas o chęci rezygnacji z umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną jedynie o koszty ochrony za okres, w którym jej udzielaliśmy.

Jeżeli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie, Twoja rezygnacja spowoduje rozwiązanie umowy dodatkowej z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.

O chęci rezygnacji możesz przykładowo poinformować nas składając pismo osobiście lub listownie w Centrali Allianz, a także w dowolnym oddziale lub u Agenta Allianz.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej lub z upływem okresu na jaki została ona zawarta, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania Umowy głównej wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy głównej.

6.

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania Składek może ona zostać wznowiona za zgodą i na warunkach zaproponowanych przez Allianz, o ile jednocześnie wznowieniu ulega Umowa główna.

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

§ 6

1.

Składka z tytułu Umowy dodatkowej opłacana jest regularnie w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu Umowy głównej. Obowiązek opłacania Składki z tytułu Umowy dodatkowej trwa do końca okresu ochrony z tytułu Umowy dodatkowej.

2.

Wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości oraz okresu wypłaty Renty, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie Renty z tytułu Umowy dodatkowej. Składka 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 § 11 ust. 2 pkt 2), wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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.

- 1) Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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 zmiany Składki w następnej Umowie dodatkowej.
- 2) Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej Umowy dodatkowej oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużenie Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 2).
- 3) Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie Umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość Składki zaproponowaną przez Allianz.

5.

Składka może ulec zmianie w Rocznicę polisy w wyniku indeksacji Renty na zasadach określonych w § 7.

6.

- 1) Datą opłacenia Składki jest dzień wpływu Składki z tytułu Umowy dodatkowej i Umowy głównej w pełnej wysokości na wskazany przez Allianz rachunek bankowy.
- 2) Konsekwencje nieopłacenia składki przewidziane w warunkach Umowy głównej mają odpowiednie zastosowanie do Składki z tytułu Umowy dodatkowej płatnej łącznie ze składką z tytułu Umowy głównej.

Na czym polega indeksacja Renty w Umowie dodatkowej?

§ 7

1.

- 1) W Rocznicę polisy Renta z Umowy dodatkowej może podlegać indeksacji, pod warunkiem, że wiek Ubezpieczonego nie przekroczy 71 lat.
- 2) W wyniku indeksacji Renty w Umowie dodatkowej zmianie ulega również Składka z tytułu tej Umowy dodatkowej.
- 3) Indeksacja ma na celu zachowanie realnej wartości przyszełego świadczenia.
- 4) Indeksacji nie podlega Renta, której wypłatę Allianz rozpoczął.

2.

Przed Rocznicą polisy Allianz może określić wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość Renty i w konsekwencji nową Składkę z tytułu Umowy dodatkowej.

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 łącznie, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik będzie stosowany do indeksacji umów, których Rocznicą polisy przypada w okresie pomiędzy 1 stycznia a 31 grudnia następnego roku.

4.

- 1) Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji.
- 2) Odmowa indeksacji Renty i w konsekwencji podwyższenia Składki z tytułu Umowy dodatkowej 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 indeksacji Renty z tytułu Umowy dodatkowej, powiadom nas o swojej decyzji i złóż stosowne oświadczenie w ciągu 14 dni od otrzymania propozycji.

5.

- 1) Odmowa indeksacji przez 3 kolejne Rocznicę 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.

Jakie prawa mają Uposażeni i jak ich wyznaczyć?

§ 8

1.

- 1) Ubezpieczony przy zawarciu Umowy dodatkowej wskazuje Uposażonego (Uposażonych) jako osobę/y uprawnioną/e do otrzymania Renty na wypadek jego śmierci.
- 2) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego/Uposażonych zmieni w każdym czasie trwania Umowy dodatkowej. 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 Renty na wypadek śmierci są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w dyspozycji przez Ubezpieczonego.
- 4) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do otrzymywania Renty.
- 5) Ubezpieczony ma również prawo wskazania Uposażonego Zastępczego/Uposażonych Zastępczych jako osoby uprawnione do otrzymania Renty na wypadek zgonu Uposażonego/Uposażonych lub utraty przez nich prawa do świadczenia. Zasady dotyczące wyznaczania Uposażonych, określone w niniejszym ustępie, mają odpowiednie zastosowanie do Uposażonych Zastępczych.

2.

- 1) Uposażony/ni nabywa/ją prawo do otrzymywania Renty z chwilą śmierci Ubezpieczonego.

- 2) W razie śmierci Uposażonego przed zajściem Zdarzenia lub też utraty przez niego prawa do otrzymywania Renty, prawo do wypłaty części Renty przypadającej temu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
- 3) W razie śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem Zdarzenia lub też utraty przez nich prawa do otrzymywania Renty, prawa do otrzymywania Renty przejmują Uposażeni Zastępczy, zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.
- 4) W razie śmierci Uposażonego w Okresie wypłaty Renty, prawo do wypłaty pozostałej części przysługującej temu Uposażonemu Renty, przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
- 5) W razie śmierci wszystkich Uposażonych w Okresie wypłaty Renty, prawo do wypłaty pozostałej części przysługującej tym Uposażonym Renty, przejmują Uposażeni Zastępczy, zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.
- 6) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego/Uposażonych lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak Uposażonych i Uposażonych Zastępczych lub też utracili oni prawo do świadczenia albo jeżeli wszystkie osoby wskazane przez Ubezpieczonego zmarły w Okresie wypłaty Renty, świadczenie przysługuje członkom rodziny 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, dzieci i współmałżonka,
 - e) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

Możesz wskazać osobę lub osoby, które będą otrzymywać od nas comiesięczne wsparcie finansowe w razie, gdyby Ciebie zabrakło. Jeśli tego nie zrobisz pieniądze będziemy wypłacać osobie lub osobom wskazanym w pkt. 6 powyżej.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?

§ 9

1.
 - 1) W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego należy powiadomić Allianz o tym Zdarzeniu. W przypadku Umowy dodatkowej zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy dodatkowej.
 - 2) Po zawiadomieniu o zajściu Zdarzenia Allianz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, 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. Ponadto, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, Allianz w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem.
 - 3) Osoba zgłaszająca roszczenie powinna wypełnić druk zgłoszenia roszczenia.
 - 4) 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) odpis aktu zgonu,
 - b) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
 - 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, notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

- 1) Allianz wypłaca świadczenie (pierwszą Rentę) po upływie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu.. Kolejne Renty płatne będą w comiesięcznym Terminie wypłaty Renty.
- 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie

tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.

- 3) Jeżeli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym Allianz nie wypłaci świadczenia (Renty), zawiadamia on na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- 4) W razie podjęcia decyzji o wypłacie Renty Allianz wypłaci również zaległe Renty z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej należne za okres od dnia śmierci Ubezpieczonego do dnia podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia.
- 5) Jeżeli świadczenie (Renta) nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia (Renty). Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

3.

- 1) W Okresie wypłaty Renty Allianz może zażądać, nie częściej niż raz w roku polisowym, by osoba otrzymująca Rentę doręczyła Allianz swoje oświadczenia potwierdzające fakt pozostawania przy życiu w formie pisemnej lub z podpisem poświadczonym notarialnie, sporządzone po dacie otrzymania żądania Allianz.
- 2) Nie wywiązanie się z obowiązku, o którym mowa w pkt 1), może spowodować wstrzymanie przez Allianz wypłaty Renty do czasu wyjaśnienia czy nie doszło do zgonu osoby otrzymującej Rentę.
- 3) W Okresie wypłaty Renty Allianz jest uprawniony do potwierdzania w Polskim Elektronicznym Systemie Ewidencji Ludności lub innym systemie ewidencji ludności prowadzonej przez właściwy organ faktu pozostawania przy życiu lub zgonu osoby uprawnionej z tytułu Umowy dodatkowej do otrzymywania Renty.

Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?

§ 10

1.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy dodatkowej, Allianz przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

2.

Allianz na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 3, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej. W przypadku gdy z Umowy dodatkowej przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, Allianz informuje Ubezpieczającego o zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

3.

Allianz przekazuje Ubezpieczającemu informacje, o których mowa w ust. 2 po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości lub okresu wypłaty Renty?

§ 11

1.

- 1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany wysokości Renty lub długości Okresu wypłaty Renty z tytułu Umowy dodatkowej z uwzględnieniem limitów o których mowa w pkt 2), 3) i 4).
- 2) Minimalna dopuszczalna wysokość Renty z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 100 zł miesięcznie.
- 3) Minimalny Okres wypłaty Renty to 5 lat.
- 4) Maksymalny Okres wypłaty Renty to 25 lat.
- 5) Zmiana wysokości Renty lub Okresu wypłaty Renty może nastąpić w terminie odpowiadającym terminowi opłacania Składek.
- 6) Do zmiany wysokości Renty lub Okresu wypłaty Renty nie może dojść po rozpoczęciu jej wypłacania przez Allianz.

- 2.
- 1) Z prawa do podwyższenia wysokości Renty lub wydłużenia Okresu wypłaty Renty można skorzystać, pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:
 - a) wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie wysokości Renty lub wydłużenia Okresu wypłaty Renty nie przekroczy 71 lat,
 - b) Ubezpieczony złożył wskazane przez Allianz oświadczenie i informacje o stanie zdrowia oraz doręczył na żądanie Allianz wszelką dokumentację (w tym medyczną) niezbędną do oceny ryzyka, a także poddał się 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.
- 2) Do podwyższenia wysokości Renty lub wydłużenia Okresu wypłaty Renty dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie wysokości Renty lub wydłużenie Okresu wypłaty Renty oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z pkt 1) o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość Składki przedstawionej przez Allianz.
- 3) Z prawa do obniżenia wysokości Renty lub skrócenia Okresu wypłaty Renty można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od zawarcia Umowy dodatkowej.

Od początku trwania Umowy dodatkowej możesz podwyższyć Rentę lub wydłużyć okres jej wypłaty, a po 12 miesiącach od jej zawarcia możesz skorzystać z prawa do obniżenia Renty lub skrócenia okresu jej wypłaty.

3.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia wysokości Renty lub wydłużenia Okresu wypłaty Renty Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono Rentę lub części świadczenia za okres, o który wydłużono Okres wypłaty Renty, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie wysokości Renty lub wydłużenie Okresu wypłaty Renty, a zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?
§ 12

- 1.
- Zmiana Umowy dodatkowej na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.
- 2.
- 1) W przypadku Umowy dodatkowej zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w § 10 ust. 1–2. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub prawa właściwego dla Umowy dodatkowej – w przypadku informacji, o których mowa w § 10 ust. 1;
 - b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Allianz Ubezpieczającemu – w przypadku informacji, o których mowa w § 10 ust. 2.
- 2) Allianz, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone § 10 w ust. 1–2. Ubezpieczony może żądać by Allianz udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy dodatkowej oraz ogólnych warunków umowy dodatkowej.

3.

W razie śmierci Ubezpieczającego lub utraty przez niego zdolności do czynności prawnych w jego miejsce może wstąpić Ubezpieczony o ile postanowienia Umowy głównej przewidują zasady i sposób takiego wstąpienia.

Jak postępować w przypadku składania reklamacji?
§ 13

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub pośtańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,

- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.

Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam polepszyć nasze usługi. Dlatego jesteśmy otwarci na Twoje sugestie lub pytania. Zapraszamy do kontaktu pod numerem telefonu: 224 224 224, listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa lub elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub adresu skargi@allianz.pl.

Postanowienia końcowe
§ 14

1.

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.

2.

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 i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

- 3.
- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
 - 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

5.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 243/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.


Veit Stutz
Prezes Zarządu


Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu


Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu


Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu


Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej – Allianz Best Doctors
(kod produktu: CA)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> – § 3 ust. 2, 5 i 6 z uwzględnieniem definicji z § 2, ze szczególnym uwzględnieniem pkt 11) -14), 18), 21), 37)-39) i 41) – § 9 A) ust. 1-4 – § 9 B) ust. 1-3 – § 10 ust. 1, 2 i 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<ul style="list-style-type: none"> – § 2 pkt 18) zdanie ostatnie, pkt 21) zdanie ostatnie, pkt 37) zdanie ostatnie, pkt 38) zdanie ostatnie, pkt 39) zdanie ostatnie – § 3 ust. 3 i 4 – § 4 z uwzględnieniem definicji z § 2, ze szczególnym uwzględnieniem pkt. 1), 6), 7), 8), 10), 23), 34) i 35) – § 5 ust. 1 - 3 – § 11 ust. 2
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – Allianz Best Doctors (kod produktu: CA)

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 stanowią treści Umowy ubezpieczenia, lecz pełnią jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i dlatego nie zastępują one pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

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 warunki Umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnych umów ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie (zwanym dalej Umowami głównymi) zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A. (zwane dalej Allianz).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, gdy Umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

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 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) **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.
- 3) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie.
- 4) **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.
- 5) **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.
- 6) **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.
- 7) **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.

- 8) **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.
- 9) **Dawca** – żywy człowiek, od którego pobiera się komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu Ubezpieczonemu.
- 10) **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.
- 11) **FindBestCare** – świadczenie, w którym Allianz za pośrednictwem Best Doctors wskazuje Ubezpieczonemu informacje o maksymalnie trzech Placówkach medycznych kwalifikujących się do przeprowadzenia zaleczonego 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.
- 12) **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.
- 13) **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.
- 14) **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 czynności chorego narządu lub organu.
- 15) **Lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie dla Lekarza medycyny, formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa państwa w którym dany Lekarz prowadzi praktykę zawodową, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji.
- 16) **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.
- 17) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej. Pierwszy Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy, każdy kolejny Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.
- 18) **Nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikami 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.
- 19) **Osoba towarzysząca** – osoba odbywająca podróż wraz z Ubezpieczonym i wskazana przez niego do towarzyszenia mu w trakcie leczenia lub podróży.
- 20) **Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia, gabinet medyczny, praktyka lekarska działające legalnie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
- 21) **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.
- 22) **Proteza** – sztuczne urządzenie uzupełniające brakujące części ciała lub narządu.
- 23) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
- a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
 - b) energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - c) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
 - d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.
- Jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia Ubezpieczonego nie są Przyczyną zewnętrzną według niniejszych warunków.
- 24) **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.
- 25) **Rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.
- 26) **Składka** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej, zwana również w treści warunków Umowy głównej składką regularną dodatkową.
- 27) **Suma ubezpieczenia** – maksymalna kwota, do której Allianz w danym Roku polisowym ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej, wskazana w § 5.
- 28) **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.
- 29) **Transport medyczny** – transport Ubezpieczonego zalecany przez Lekarza prowadzącego leczenie, realizowany zgodnie z jego wskazaniami, odpowiednim 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.
- 30) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła Umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania Składek.
- 31) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie objęte jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- 32) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia Allianz Best Doctors.
- 33) **Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym.
- 34) **Wada wrodzona** – nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Q00-Q99).
- 35) **Wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
- a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) jest wywołane Przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
 - c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z Przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 36) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie przez Allianz decyzji o warunkach, na jakich przyjmie on odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej, dokonane na podstawie złożonego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej wraz z wymaganymi dokumentami oraz na podstawie innych, niezbędnych informacji uzyskanych od Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy dodatkowej.
- 37) **Zabieg operacyjny naczyń wieńcowych** – zabieg kardiochirurgiczny 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.
- 38) **Zabieg kardiochirurgiczny wymiany zastawki** – operacja kardiochirurgiczna 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:
- a) zabiegów naprawczych zastawek,
 - b) zabiegów polegających na wymianie wszczepionej wcześniej zastawki, wymianie zastawki bez otwierania klatki piersiowej (przeszkórne wszczepienie zastawki),
 - c) leczenia urazowych uszkodzeń lub wrodzonych zmian zastawek serca.
- 39) **Zabieg neurochirurgiczny** – oznacza dowolną operację chirurgiczną mózgu i/lub innych struktur wewnątrzczaszkowych. Zakres ochrony nie obejmuje kraniotomii jeżeli jest konsekwencją Wypadku.
- 40) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (Zdarzenie)** – zgłoszenie do Allianz, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, potrzeby skorzystania ze 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.
- 41) **Zdefiniowany poważny stan chorobowy** – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu lub potrzeby przeprowadzenia Zabiegu operacyjnego naczyń wieńcowych lub Zabiegu kardiochirurgicznego wymiany zastawki lub Zabiegu neurochirurgicznego lub Przeszczepu od żywego Dawcy narządów.

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 kardiochirurgiczny 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), oraz
– 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 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) przekazania 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 się znajduje,
- f) jeśli Lekarz konsultant w Rapocie eksperta postawi odmienną diagnozę niż diagnoza wynikająca z dotychczasowego leczenia Ubezpieczonego lub z jego dokumentacji medycznej, Allianz, za pośrednictwem Best Doctors, zapewnia organizację i pokrycie kosztów sporządzania 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, zapewnia 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 pobytom Osoby towarzyszącej w Szpitalu, o ile Szpital udostępnia taką usługę,
 - (e) wykonania zabiegów na sali operacyjnej,
 - (f) opieki anestezyjologicznej 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 § 10),
 - (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 zleczone 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 § 10.
 - 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 pobytom 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 § 10.
- 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 zwolnione z odpowiedzialności z tytułu Zdarzenia obejmowanego ochroną na podstawie Umowy dodatkowej, jeżeli wystąpienie Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego było 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 (t.j. 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 (F 00-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 niedopuszczonego 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 otępiennych spowodowanych starością, zmian demielinizacyjnych, naczyńiowych i urazowych mózgu, upośledzenia funkcji mózgu skutkującymi zaburzeniami psychicznymi, niezależnie od przyczyn 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 nieopowiedzianej 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), innych niż organizacja i koszty przeszczepu jeśli jedynym zalecanym w Raporcie eksperta sposobem ich leczenia jest przeszczep narządu (w tym szpiku kostnego),
 - 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 świadczeniem 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 § 9 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 przeze 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 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 odszkodowania 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 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 ubezpieczeniowego.

Jaka jest Suma ubezpieczenia Umowy dodatkowej oraz limity odpowiedzialności Allianz?

§ 5

1.

Allianz w danym roku polisowym (rocznym okresie ubezpieczenia) 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 (łączy limit na świadczenia dotyczące Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy)
a)	Koszty podróży lub Transportu medycznego	10 000 euro w roku polisowym (łączy limit na Ubezpieczonego, Osobę towarzyszącą oraz Dawcę)
b)	Koszty zakwaterowania	12 000 euro w Roku polisowym (łączy limit na Ubezpieczonego, Osobę towarzyszącą oraz Dawcę) nie więcej niż 200 euro za noc (łączy limit na Ubezpieczonego, Osobę towarzyszącą oraz Dawcę)
c)	Repatriacji zwłok do miejsca pochówku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej	10 000 euro (łączy 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 (rocznym okresie ubezpieczenia).

3.

W razie przedłużania Umowy dodatkowej (zgodnie z § 7 ust. 1 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.

W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?

§ 6

1.

- 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 60 lat.
- Umowa dodatkowa jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego na formularzu wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej udostępnionym przez Allianz.
- Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty, Allianz dostarcza Ubezpieczającemu tekst warunków Umowy dodatkowej.
- Allianz ma prawo odmówić zawarcia Umowy dodatkowej.

2.

- Zawarcie Umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem Umowy głównej lub w trakcie jej trwania, w terminie zgodnym z terminem płatności składki regularnej z tytułu Umowy głównej.

- Allianz wyraża zgodę na zawarcie Umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:

- złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego 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 lub w trakcie trwania Umowy głównej.

3.

Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej oraz na podstawie przedstawionych dokumentów, Allianz zastrzega sobie prawo do niezaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia Umowy dodatkowej.

4.

W przypadku odmowy przez Allianz zawarcia Umowy dodatkowej, Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w terminie 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie.

5.

Umowa dodatkowa nie dochodzi do skutku, jeżeli Składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

6.

- Ubezpieczający i Ubezpieczony mają obowiązek podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które byli zapytywani przez Allianz przed zawarciem Umowy dodatkowej. W razie Zaakceptowania ryzyka przez Allianz mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uznaje się za nieistotne.
- Jeśli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie wypełnią obowiązku, o którym mowa w pkt 1) powyżej, zastosowanie mają postanowienia § 4 ust.5.

7.

- Umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy.
- Allianz podejmuje decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Allianz poinformuje o Zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę lub aneks do polisy, potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej.

Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?

§ 7

1.

- 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 65 lat,
 - do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - do dnia przekształcenia Umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - do dnia dożycia, w przypadku Umowy głównej będącej ubezpieczeniem na życie i dożycie,
 - do dnia Rocznicy polisy bezpośrednio następującej po wykorzystaniu przez Ubezpieczonego limitu odpowiedzialności Allianz, o którym mowa w § 5 ust. 3,
 - do dnia śmierci Ubezpieczonego.
- Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, 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). W pierwszej Umowie dodatkowej, zawartej zgodnie z postanowieniami niniejszego punktu, stosuje się limity właściwe dla rocznego okresu ubezpieczenia, wskazane w § 5.

2.

Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

3.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 2, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od Umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

4.

- 1) Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 1 pkt. 1) oraz ust. 2 Umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową w każdym czasie, składając w Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.
- 2) W razie wypowiedzenia Umowy dodatkowej ubezpieczenia Allianz dokona zwrotu części składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

Jeśli zmienisz zdanie i poinformujesz nas o chęci rezygnacji z umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną jedynie o koszty ochrony za okres, w którym jej udzielaliśmy.

Jeżeli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie, Twoja rezygnacja spowoduje rozwiązanie umowy z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.

O chęci rezygnacji możesz przykładowo poinformować nas składając pismo osobiście lub listownie w Centrali Allianz, a także w dowolnym oddziale lub u Agenta Allianz.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej lub z upływem okresu na jaki została ona zawarta, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania Umowy głównej wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy głównej.

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

§ 8

1.

Składka z tytułu Umowy dodatkowej opłacana jest regularnie w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu Umowy głównej. Obowiązek opłacania Składki z tytułu Umowy dodatkowej trwa do końca okresu ochrony z tytułu Umowy dodatkowej.

2.

Wysokość Składki 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 uzależniona jest również od występowania ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 3 ust. 4, § 11 ust. 2.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej w poszczególnych rocznych okresach ubezpieczenia jest stała. Kwota Składki z tytułu Umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

- 1) Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej w kolejnym rocznym okresie ubezpieczenia. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany Składki z tytułu Umowy dodatkowej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.
- 2) Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed Rocznicą polisy oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie

o niewyrażeniu woli na przedłużenie Umowy dodatkowej na następny roczny okres ubezpieczenia, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 2).

- 3) Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie Umowy dodatkowej na następny roczny okres ubezpieczenia i wysokość Składki zaproponowaną przez Allianz.

5.

- 1) Datą opłacenia Składki jest dzień wpływu Składki z tytułu Umowy dodatkowej i Umowy głównej w pełnej wysokości na wskazany przez Allianz rachunek bankowy.
- 2) Konsekwencje nieopłacenia składki przewidziane w warunkach Umowy głównej mają odpowiednie zastosowanie do Składki z tytułu Umowy dodatkowej płatnej łącznie ze składką z tytułu Umowy głównej.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 9

Jeśli zdiagnozowano u Ciebie Zdefiniowany poważny stan chorobowy zadzwoni na numerem 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:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) adres zamieszkania,
- 3) numer polisy,
- 4) okres obejmowania ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
- 5) 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 niezyskania 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?

§ 10

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 równoważność 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?

§ 11

1.

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania Składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod warunkiem, że Umowa główna podlega jednoczesnemu wznowieniu.

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.

Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?

§ 12

1.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy dodatkowej, Allianz przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących

z tytułu zawartej Umowy dodatkowej. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek? § 13

1.

Zmiana Umowy dodatkowej na niekorzyść Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.

2.

- 1) W przypadku Umowy dodatkowej zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w § 12 ust. 1. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.
- 2) Allianz, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone § 12 w ust. 1. Ubezpieczony może żądać by Allianz udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy dodatkowej oraz ogólnych warunków umowy dodatkowej.

3.

W razie śmierci Ubezpieczającego lub utraty przez niego zdolności do czynności prawnych w jego miejsce może wstąpić Ubezpieczony o ile postanowienia Umowy głównej przewidują zasady i sposób takiego wstąpienia.

Jak postępować w przypadku składania reklamacji? § 14

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub pośtańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.

Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam polepszyć nasze usługi. Dlatego jesteśmy otwarci na Twoje sugestie lub pytania. Zapraszamy do kontaktu pod numerem telefonu: 224 224 224, listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa lub elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub adresu skargi@allianz.pl.

Postanowienia końcowe § 15

1.

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.

2.

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 i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

3.

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4.

Sprawozdanie o wypłacalności i dyspozycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

5.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 244/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Veit Stutz
Prezes Zarządu



Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> – § 3 z uwzględnieniem definicji z § 2, ze szczególnym uwzględnieniem pkt 27) – § 8 ust. 1 - 3 Załącznik do warunków umowy dodatkowej – Allianz Assistance
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<ul style="list-style-type: none"> – § 4 z uwzględnieniem definicji z § 2, ze szczególnym uwzględnieniem pkt 1), 5) - 8), 16) i 26) – zapis zamieszczony pomiędzy pkt 7 ppkt b, a pkt 7 ppkt c w Załączniku do warunków umowy dodatkowej – Allianz Assistance z uwzględnieniem definicji § 2 pkt 3) – wysokości limitów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w Załączniku do warunków umowy dodatkowej – Allianz Assistance
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

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

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 stanowią treści Umowy ubezpieczenia, lecz pełnią jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i dlatego nie zastępują one pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

Umowa dodatkowa, która zapewni całodobowy dostęp do pomocy w trudnych sytuacjach nie tylko Tobie, ale również Twojemu Współmałżonkowi lub Partnerowi oraz Dzieciom.

Czego dotyczy niniejszy dokument?

§ 1

1.

Niniejsze warunki Umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnych umów ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie (zwanymi dalej Umowami głównymi) zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A. (zwane dalej Allianz).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, gdy Umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

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 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) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie.
- 3) **Centrum operacyjne** – Mondial Assistance sp. z o.o. – przedstawiciel Allianz świadczący usługi.
- 4) **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.
- 5) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka w aktach przemocy** – skierowanie przez Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecko czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie w celu zmuszenia jej do poddania się woli Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka lub do określonego zachowania zgodnego z wolą Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona.
- 6) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka w rozruchach lub zamieszkach** – udział Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu bądź działalność Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni lub innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek.
- 7) **Czynny udział Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego** – udział

Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka 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) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, które nie ukończyło 25 roku życia.
- 10) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w polisie lub aneksie do polisy, w którym Allianz zaczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- 11) **Lekarz Centrum Operacyjnego** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego.
- 12) **Miejsce pobytu Ubezpieczonego** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym znajduje się w danym momencie osoba zgłaszająca konieczność skorzystania z usług Assistance.
- 13) **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.
- 14) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 15) **Poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni.
- 16) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka:
 - a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
 - b) energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - c) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
 - d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.Jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka nie są Przyczyną zewnętrzną według niniejszych warunków.
- 17) **Rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.
- 18) **Składka** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej, zwana również w treści warunków Umowy głównej składką regularną dodatkową.
- 19) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.
- 20) **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.
- 21) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła Umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania Składek.
- 22) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- 23) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa Allianz Assistance.
- 24) **Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym.
- 25) **Ubezpieczony/Współmałżonka/Partner** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w dniu zawarcia Umowy dodatkowej:

- a) w związku małżeńskim – w przypadku Współmałżonka,
 - b) w związku nieformalnym – w przypadku Partnera.
- 26) **Wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
- a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego/ Współmałżonka/Partnera/Dziecka,
 - b) jest wywołane Przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia Zdarzenia,
 - c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia Zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - e) skutki Zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z Przyczyną zewnętrzną, która wywołała Zdarzenie.
- 27) **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 zajęcia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w rozdziale III Załącznika do niniejszych warunków Umowy dodatkowej,
 - d) urodzeniu Dziecka przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmałżonka/Partnera.

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 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 § 8 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 stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego,
 - c) wad wrodzonych,
 - d) następstw Wypadków powstałych lub chorób zdiagnozowanych po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - e) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej,
 - f) leczenia, które jest wynikiem wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczeń lub skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy, działania materiałów nuklearnych,
 - g) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - h) 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,
 - i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - j) poddania się przez osobę wymienioną w § 3 ust. 1 leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - k) zdarzeń powstałych w wyniku złamania zakazów i regulacji rządowych (w tym wymogów wizowych),
 - l) poddania się przez osobę wymienioną w § 3 ust. 1 leczeniu nieznanemu w sposób naukowy lub medyczny,
 - m) chorób przenoszonych drogą płciową, AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
 - n) Chorób przewlekłych.

W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?

§ 5

1.

- 1) 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.
- 2) Umowa dodatkowa jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) na formularzu wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej udostępnionym przez Allianz.
- 3) Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty, Allianz dostarcza Ubezpieczającemu tekst warunków Umowy dodatkowej wraz z Załącznikami.
- 4) Allianz odmawia zawarcia Umowy dodatkowej jeśli nie dojdzie do zawarcia Umowy głównej.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem lub w trakcie trwania Umowy głównej.

2.

Zawarcie Umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem Umowy głównej lub w trakcie jej trwania, w terminie zgodnym z terminem płatności składki regularnej z tytułu Umowy głównej.

3.

Umowa dodatkowa nie dochodzi do skutku, jeżeli Składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

4.

- 1) Umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
- 2) Allianz podejmuje decyzję w sprawie zawarcia Umowy dodatkowej nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- 3) Allianz doręcza Ubezpieczającemu polisę lub aneks do polisy potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłacenia Składki.

Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?

§ 6

1.

- 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 81 lat,
 - b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - c) do dnia przekształcenia Umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - d) do dnia dożycia, w przypadku Umowy głównej będącej ubezpieczeniem na życie i dożycia,
 - e) do dnia śmierci Ubezpieczonego.
- 2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy dodatkowej.
- 3) Jeżeli Umowa dodatkowa zawierana jest poza Rocznicą polisy, wówczas trwa ona do dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę polisy. Od najbliższej Rocznicy polisy Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na zasadach wskazanych w pkt 2).

2.

Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

3.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 2, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od Umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

4.

- 1) Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 1 pkt. 1) oraz ust. 2 Umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową w każdym czasie, składając w Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.
- 2) W razie wypowiedzenia Umowy dodatkowej ubezpieczenia Allianz dokona zwrotu części składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

Jeśli zmienisz zdanie i poinformujesz nas o chęci rezygnacji z umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną jedynie o koszty ochrony za okres, w którym jej udzielaliśmy.

Jeżeli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie, Twoja rezygnacja spowoduje rozwiązanie umowy z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.

O chęci rezygnacji możesz przykładowo poinformować nas składając pismo osobiście lub listownie w Centrali Allianz, a także w dowolnym oddziale lub u Agenta Allianz.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej lub z upływem okresu na jaki została ona zawarta, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania Umowy głównej wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy głównej.

6.

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania Składek może ona zostać wznowiona za zgodą i na warunkach zaproponowanych przez Allianz, o ile jednoczesnemu wznowieniu ulega Umowa główna.

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

§ 7

1.

Składka z tytułu Umowy dodatkowej opłacana jest regularnie w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu Umowy głównej. Obowiązek opłacania Składki z tytułu Umowy dodatkowej trwa do końca okresu ochrony z tytułu Umowy dodatkowej.

2.

Wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz według taryf obowiązujących w dniu podpisania wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej w poszczególnych rocznych okresach ubezpieczenia jest stała. Kwota Składki z tytułu Umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

- 1) Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej w kolejnym rocznym okresie ubezpieczenia. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany Składki z tytułu Umowy dodatkowej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.
- 2) Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed Rocznicą polisy oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużeniu Umowy dodatkowej na następny roczny okres ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2).
- 3) Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki z tytułu Umowy dodatkowej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie Umowy dodatkowej na następny roczny okres ubezpieczenia i wysokość Składki zaproponowaną przez Allianz.

5.

- 1) Datą opłacenia Składki jest dzień wpływu Składki z tytułu Umowy dodatkowej i Umowy głównej w pełnej wysokości na wskazany przez Allianz rachunek bankowy.
- 2) Konsekwencje nieopłacenia składki przewidziane w warunkach Umowy głównej mają odpowiednie zastosowanie do Składki z tytułu Umowy dodatkowej płatnej łącznie ze składką z tytułu Umowy głównej.

W jaki sposób zgłosić potrzebę skorzystania z pomocy?

§ 8

1.

W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do usług Assistance, osoba wymieniona w § 3 ust. 1 powinna, przed podjęciem działań we własnym zakresie, skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Centrum Operacyjne czynne 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) krótki opis Zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
- 5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
- 6) 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 powinna 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 medycznego 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.

6.

- 1) Jeżeli w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym Allianz otrzymał usług Assistance zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności świadczenia usług Assistance. W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, Allianz zawiadamia o powyższym również Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie.
- 2) Jeżeli Allianz odmówi świadczenia usług Assistance, z uwagi na brak ponoszenia przez Allianz odpowiedzialności za dane Zdarzenie ubezpieczeniowe, Allianz, w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym Ubezpieczyciel, poinformuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawną uzasadniającą odmowę świadczenia usług Assistance. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej. W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, Allianz zawiadamia o powyższym również Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie.

Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?

§ 9

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy dodatkowej, Allianz przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej. Informacje, o których mowa wyżej

Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?

§ 10

1.

Zmiana Umowy dodatkowej na niekorzyść Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.

2.

- 1) W przypadku Umowy dodatkowej zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w § 9. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.
- 2) Allianz, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone § 9. Ubezpieczony może żądać by Allianz udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy dodatkowej oraz ogólnych warunków umowy dodatkowej.

3.

W razie śmierci Ubezpieczającego lub utraty przez niego zdolności do czynności prawnych w jego miejsce może wstąpić Ubezpieczony o ile postanowienia Umowy głównej przewidują zasady i sposób takiego wstąpienia.

Jak postępować w przypadku składania reklamacji?

§ 11

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.

Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam polepszyć nasze usługi. Dlatego jesteśmy otwarci na Twoje sugestie lub pytania. Zapraszamy do kontaktu pod numerem telefonu: 224 224 224, listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa lub elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub adresu skargi@allianz.pl.

Postanowienia końcowe

§ 12

1.

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.

2.

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 i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

3.

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

5.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 245/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Veit Stutz
Prezes Zarządu



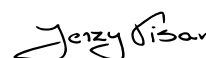
Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan
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.	250zł
2.	Transport medyczny z osobą bliską z Miejsca pobytu do odpowiedniej Placówki medycznej Transport medyczny 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 medyczny 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), porażeń 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 medyczny jest organizowany w przypadku gdy w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w tytule rozdziału I przebywa w Placówce medycznej. Transport medyczny 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 medyczny 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 medyczny 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 fizykoterapeuty 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
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 teleadresowych 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
V. 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 V 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: 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

Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A.

Załącznik do umowy ubezpieczenia na życie związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartej od dnia 1 stycznia 2016 r.

§ 1.

Postanowienia ogólne

1.

Niniejszy Regulamin określa zasady funkcjonowania Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, stworzonych przez TU Allianz Życie Polska S.A. zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, w ramach umów ubezpieczenia na życie, do których stanowi on załącznik.

2.

Allianz tworzy następujące Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe:

- 1) Fundusz Pieniężny,
- 2) Fundusz Polskich Obligacji Skarbowych,
- 3) Fundusz Obligacji,
- 4) Fundusz Stabilnego Wzrostu,
- 5) Fundusz Aktywnej Alokacji,
- 6) Fundusz Dynamiczny,
- 7) Fundusz Akcji Plus,
- 8) Fundusz Akcji Małych i Średnich Spółek,
- 9) Fundusz Selektywny.

3.

Użyte w niniejszym Regulaminie określenia oznaczają:

- 1) **Wartość Aktywów Netto (WAN)** – wartość wszystkich aktywów Funduszu pomniejszona o jego zobowiązania,
- 2) **Dzień Wyceny** – dzień, na który zostaje ustalona Wartość Aktywów Netto Funduszu, tj. każdy dzień regularnej sesji na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., a także ostatni dzień miesiąca, jeśli przypada on na dzień wolny od pracy,
- 3) **Uczestnik Funduszu** – podmiot, na rzecz którego nabyte zostały jednostki uczestnictwa, pochodzące ze składki z umowy ubezpieczenia zawartej z Allianz,
- 4) **Cena Jednostki Uczestnictwa** – Wartość Aktywów Netto podzielona przez ilość jednostek uczestnictwa Funduszu,
- 5) **Cena kupna jednostki uczestnictwa** – wartość jednostki uczestnictwa Funduszu, według której Allianz przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa,
- 6) **Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – wartość jednostki uczestnictwa Funduszu, według której Allianz umarza jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunkach jednostek, równa Cenie Jednostki Uczestnictwa,
- 7) **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, lub
 - c) których ryzyko inwestycyjne, w tym ryzyko kredytowe i ryzyko stopy procentowej, odpowiada ryzyku instrumentów finansowych, o których mowa w lit. a lub b
 – 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.

4.

Pozostałe terminy użyte w Regulaminie mają znaczenie nadane im w ogólnych warunkach umów ubezpieczenia na życie, do których niniejszy Regulamin stanowi załącznik (zwanymi dalej: o.w.u.).

§ 2.

Cel inwestycyjny Funduszy

1.

- 1) Celem inwestycyjnym Funduszy 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 wymienionych w § 1 ust. 2.
- 3) Wyniki Funduszy osiągnięte w przeszłości nie stanowią podstawy do oczekiwania przyszłych wyników inwestycyjnych tych Funduszy.

- 4) Ryzyko inwestycyjne związane z wybranym Funduszem ponosi Ubezpieczający.

§ 3.

Kategorie dopuszczalnych lokat Funduszy

1.

Aktywa Funduszy 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 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: Australian Stock 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: Iceland Stock Exchange;
 - f) Japonia: Nagoya Stock Exchange, Osaka Stock Exchange, Tokyo Stock Exchange;
 - g) Kanada: Bourse de Montreal, TSX Group;
 - h) Korea Południowa: Korea Stock Exchange;
 - i) Malaysia: Bursa Malaysia;
 - j) Meksyk: Mexico Stock Exchange (Bolsa Mexicana de Valores);
 - k) Norwegia: Oslo Stock Exchange;
 - l) Nowa Zelandia: New Zealand Stock Exchange;
 - h) Południowa Afryka: Johannesburg Stock Exchange (JSE);
 - m) Singapur: Singapore Exchange (SGX);
 - n) Stany Zjednoczone Ameryki Północnej: New York Stock Exchange (NYSE), Over the Counter Market in NASDAQ-System (NASDAQ), Amex (American Stock Exchange), CBOT (Chicago Board of Trade), Chicago Board Options Exchange, Chicago Mercantile Exchange, International Securities Exchange, YBOT (New York Board of Trade), NYMEX (New York Mercantile Exchange), PCX (Pacific Exchange), PHLX (Philadelphia Stock Exchange);
 - o) Szwajcaria: Swiss Exchange;
 - p) Tajlandia: Stock Exchange of Thailand (SET), Thailand Futures Exchange (TFEX);
 - r) Turcja: Istanbul Stock Exchange (ISE) (İstanbul Menkul Kıymetler, Borsası, İMKB), 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.

3.

Fundusze mogą inwestować swoje Aktywa w instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne, zarówno w celu zapewnienia sprawnego zarządzania portfelem inwestycyjnym Funduszu jak i w celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego.

§ 4.

Polityka inwestycyjna, kryteria doboru lokat, zasady dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne Funduszy.

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 § 3 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 § 3 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.
- 6) 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.
- 7) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 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 § 3 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 § 3 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 § 3 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 § 3 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 § 3 ust. 1 punkt 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 § 3 ust. 1 punkt 1), mogą stanowić do 10% Wartości Aktywów Netto Funduszu Obligacji.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 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 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 § 3 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 § 3 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 § 3 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 40% Wartości Aktywów Netto Funduszu Stabilnego Wzrostu.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 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.

5.

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 § 3 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 § 3 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 §3 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 80% Wartości Aktywów Netto Funduszu Aktywnej Alokacji.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 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.

6.

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 § 3 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 § 3 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 § 3 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Dynamicznego.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 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.

7.

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 § 3 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 § 3 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 § 3 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Plus.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 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.

8.

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 § 3 ust. 1 pkt 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości Aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o których mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 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 § 3 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Małych i Średnich Spółek.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 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.

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 Selektynnego 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 Selektynnego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 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 § 3 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 § 3 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Selektynnego.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Selektynnego 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 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.

11.

Fundusz nie może nabywać aktywów od któregośkolwiek podmiotu wymienionego w § 4 ust. 10.

§ 5.

Tworzenie i likwidacja Funduszu

1.

- 1) W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz jest uprawniony do tworzenia nowych i likwidacji oferowanych Funduszy.
- 2) Aktualna lista oferowanych przez Allianz Funduszy oraz zasad lokowania środków oferowanych Funduszy 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:
 - nazwie likwidowanego Funduszu,
 - dacie likwidacji Funduszu,
 - 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 Uczestnik Funduszu 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 Uczestnik Funduszu 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 wraz z określeniem zasad lokowania aktywów tego Funduszu zamieszczana jest 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.

7.

Za realizację dyspozycji, o których mowa w ust. 3 i 4 Allianz nie pobiera opłat transakcyjnych, o których mowa w o.w.u.

§ 6.

Zmiana zasad lokowania aktywów Funduszu

1.

W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz jest uprawniony do zmiany zasad lokowania aktywów oferowanych Funduszy (tj. polityki inwestycyjnej oferowanych Funduszy, kryteriów doboru lokat, zasad dywersyfikacji lub innych ograniczeń inwestycyjnych określonych w Regulaminie), w tym do zmiany nazwy Funduszu.

2.

- 1) W przypadku zmiany zasad lokowania aktywów Funduszu, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 30 dni przed datą planowanej zmiany, Allianz zawiadomia Ubezpieczającego o terminie i wprowadzanych zmianach. Informacja, o której mowa w zdaniu poprzednim 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.

§ 7.

Ustalanie Wartości Aktywów Netto Funduszu i wycena Jednostki Uczestnictwa

1.

Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu jest ustalana w Dniu Wyceny, tj. na każdy dzień regularnej sesji na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., a także na ostatni dzień miesiąca, jeśli przypada on na dzień wolny od pracy, z dokładnością do jednego grosza.

2.

Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu wycenia się na podstawie wartości rynkowej według ich stanu w Dniu Wyceny.

3.

Wartość Aktywów Netto Funduszu ustala się odejmując od całości aktywów zobowiązania obciążające Fundusz.

4.

- 1) Cenę Jednostki Uczestnictwa ustala się dzieląc Wartość Aktywów Netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach w Dniu Wyceny liczbę Jednostek Uczestnictwa. Cenę Jednostki Uczestnictwa ustala się z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.
- 2) Liczbę jednostek uczestnictwa ewidencjonuje się na rachunkach jednostek z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.

5.

Do ustalenia Wartości Aktywów Netto zobowiązany jest Allianz.

6.

Allianz informuje Uczestników Funduszu o Cenie Jednostki Uczestnictwa nie rzadziej niż raz w miesiącu. Wyceny Funduszy są publikowane na stronie internetowej Allianz.

§ 8.

Koszty obciążające Fundusz

1.

Działalność Funduszu jest finansowana bezpośrednio z aktywów Funduszu oraz ze środków Allianz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego oraz umowami z Uczestnikami Funduszu.

2.

- Bezpośrednio z aktywów Funduszu 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.

3.

Wysokość wynagrodzenia pobieranego za zarządzanie Funduszem, liczona od wartości Aktywów Netto Funduszu, wynosi (w skali roku):

1.	Fundusz Pieniężny	1,5%
2.	Fundusz Polskich Obligacji Skarbowych	2,0%
3.	Fundusz Obligacji	2,0%
4.	Fundusz Stabilnego Wzrostu	2,0%
5.	Fundusz Aktywnej Alokacji	2,0%
6.	Fundusz Dynamiczny	2,0%
7.	Fundusz Akcji Plus	3,0%
8.	Fundusz Akcji Małych i Średnich Spółek	3,0%
9.	Fundusz Selektywny	3,0%

4.

Allianz może czasowo obniżyć wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust.3, pobieranego za zarządzanie Funduszem. Informacja o aktualnej wysokości tego wynagrodzenia i okresie obowiązywania danej stawki znajduje się na stronie internetowej Allianz oraz można ją uzyskać korzystając z infolinii Allianz.

5.

Koszty działalności Funduszu, które nie są pokrywane bezpośrednio z aktywów Funduszu, są ponoszone przez Allianz.

§ 9.

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy o.w.u. oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

2.

Niniejszy Regulamin został zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 235/2015 i ma zastosowanie do umów zawartych od 1 stycznia 2016 roku.



Veit Stutz
Prezes Zarządu



Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
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 i reasekuracyjnej, 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 kontaktach 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 kontaktach 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 kontaktach 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 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2015, poz. 1844) 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.