

OBIEKTYWNE INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM (OIOPU) GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE ZESPÓŁ NR PGZ/2024/1 SYGN. PD202403

Dokument ten został opracowany przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (zwane dalej: Allianz lub Towarzystwo) i stanowi materiał informacyjny, który przedstawia w skrócie zasady funkcjonowania ubezpieczenia opisane w Warunkach ogólnych grupowego ubezpieczenia na życie Zespół nr PGZ/2024/1 sygn. PD202403 (zwane dalej: OWU).

Część 1. Informacje ogólne

Zespół – to grupowe ubezpieczenie na życie, które może zawrzeć osoba prawna lub fizyczna (zwana dalej: Ubezpieczającym), na rzecz zatrudnianych pracowników (zwanych dalej: Uczestnikami lub Ubezpieczonymi), a także ich małżonków albo partnerów lub pełnoletnich dzieci (zwanych dalej: Współuczestnikami lub Ubezpieczonymi). Uczestnikiem może być także Ubezpieczający, jeśli jest osobą fizyczną. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonych. W zależności od potrzeb ubezpieczanej grupy, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o ryzyka dodatkowe, w ramach których przedmiotem ubezpieczenia może być także życie lub zdrowie Ubezpieczonego.

Rodzaj zatrudnienia pracowników przez pracodawcę, jak również forma, rodzaj prowadzonej przez niego działalności gospodarczej, nie stanowią przeszkody w zawarciu umowy Zespół.

W Zespole obliczamy składkę ubezpieczeniową w oparciu o szacowany poziom ryzyka ubezpieczeniowego:

- na poziomie grupy (Ubezpieczającego prosimy o wypełnienie informacji o przedsiębiorstwie)

oraz

- na poziomie Uczestnika i Współuczestnika (każdą osobę, która jest zainteresowana ubezpieczeniem Zespół, poprosimy o wypełnienie prostego kwestionariusza medycznego).

Na podstawie uzyskanych informacji, takich jak rodzaj prowadzonej działalności przez Ubezpieczającego, wiek, wykonywany zawód Uczestnika lub Współuczestnika, wysokość Sum ubezpieczenia i preferowany zakres ochrony ubezpieczeniowej, obliczamy Koszt ochrony za każdego Ubezpieczonego. Suma Kosztów ochrony za wszystkich Ubezpieczonych to Składka ubezpieczeniowa.

Szczegółowe informacje o zdarzeniach objętych ubezpieczeniem, a także okoliczności, w których Allianz nie ponosi odpowiedzialności, określone są w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy głównej oraz ogólnych warunkach Umów dodatkowych (zwanych dalej: OWUD), zawartych w OWU.

Decyzję o zawarciu Umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z pełną dokumentacją ubezpieczeniową (zwłaszcza z OWU dostępnymi na stronie internetowej pod adresem: www.owu.allianz.pl/PGZPD202403).

WAŻNE:

Umowa ubezpieczenia może zawierać szczególne zapisy, które zmieniają postanowienia OWU. Nie są one uwzględnione w tym dokumencie.

Umowę główną zawieramy z Ubezpieczającym na 1 rok. Umowy dodatkowe zawieramy:

- na rok – jeśli Umowa dodatkowa jest zawierana jednocześnie z Umową główną,
- na okres krótszy niż rok – jeśli Umowa dodatkowa jest zawierana w czasie trwania Umowy (dokupienie). Kolejne Umowy dodatkowe Allianz będzie zawierać na okresy roczne.

Umowa ubezpieczenia może zostać odnowiona na kolejny rok, o ile Ubezpieczający zaakceptuje warunki odnowienia Umowy, a tym samym przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny rok, które przedstawimy najpóźniej na 30 dni przed upływem roku ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa, która wynika z Umowy ubezpieczenia, kończy się gdy:

- 1) Ubezpieczony umrze,
- 2) upłynie okres, na jaki została zawarta Umowa,
- 3) Umowa zostanie rozwiązana,
- 4) Ubezpieczony złoży rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej,
- 5) Ubezpieczony odejdzie z pracy (lub w inny sposób ustanie stosunek prawny, który łączy go z Ubezpieczającym),
- 6) Ubezpieczony ukończy 67 lat.

Ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmujemy Współuczestnika kończy się ponadto:

- 1) w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej Uczestnika,
- 2) w ostatnim dniu Miesiąca polisowego, w którym ustanie związek małżeński,
- 3) w ostatnim dniu Miesiąca polisowego, w którym Deklarację złoży nowy Partner lub otrzymamy oświadczenie o ustaniu związku partnerskiego.

Poza przypadkami opisanymi powyżej, ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie, jeśli Składka nie zostanie opłacona przez Ubezpieczającego w ciągu 14 dni od daty jej wymagalności.

Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana, jeżeli na skutek nieopłacenia Składki, wygaśnie ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych, i mimo uprzedniego wezwania do zapłaty, w terminie trzech miesięcy od dnia wygaśnięcia tej ochrony Ubezpieczający nie wznowi opłacania Składki.

Część 2. Opis Umowy głównej

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Zespół nr PGZ/2024/1

Śmierć Ubezpieczonego

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest śmierć Ubezpieczonego.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

Jeśli Ubezpieczony umrze Towarzystwo wypłaci Uposażonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, która obowiązuje w dniu jego Śmierci, z zachowaniem następujących zasad:

- 1) jeśli w czasie pierwszych 120. dni ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej Ubezpieczony umrze, to Świadczenie będzie wypłacone wyłącznie wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego jest spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.
- 2) jeśli śmierć wystąpi po upływie pierwszych 120 dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego Świadczenie będzie wypłacone także wtedy, gdy śmierć była spowodowana inną przyczyną niż Nieszczęśliwy wypadek. Wysokość tego Świadczenia w 121. dniu ochrony ubezpieczeniowej wynosi 2% Sumy ubezpieczenia Umowy głównej i wzrasta o 2% dziennie, aby 170. dnia ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej Świadczenie było równe 100% Sumy ubezpieczenia dla Umowy głównej.

Powyższe ograniczenia nie będą miały zastosowania, jeżeli we wspomnianym okresie Ubezpieczony umrze wskutek Nieszczęśliwego wypadku – Uposażonym zostanie wypłacone Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej i będzie spowodowana Nieprawidłowościami zdrowotnymi, czyli chorobą, która zgodnie z informacjami w dokumentacji medycznej:

- 1) wymagała leczenia szpitalnego, konsultacji specjalistycznych, wykonywania badań lub przyjmowania leków – w ciągu 5 lat przed objęciem Ubezpieczonego po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy głównej, lub
- 2) jest następstwem chorób, o których mowa powyżej.

Patrz Część 4 tego dokumentu: Podstawowe postanowienia wspólne dla Umowy głównej oraz Umów dodatkowych.

Część 3. Opis Umów dodatkowych

Ogólne warunki Umowy dodatkowej Śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/SNW/2024/1

Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

Jeśli Ubezpieczony umrze wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu w wysokości Sumy ubezpieczenia, która obowiązuje w dniu jego śmierci.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Patrz Część 4 tego dokumentu: Podstawowe postanowienia wspólne dla Umowy głównej oraz Umów dodatkowych.

Ogólne warunki Umowy dodatkowej Śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego nr PGZ/SWK/2024/1

Śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

Jeśli Ubezpieczony umrze wskutek Wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu w wysokości Sumy ubezpieczenia, która obowiązuje w dniu jego śmierci.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Patrz Część 4 tego dokumentu: Podstawowe postanowienia wspólne dla Umowy głównej oraz Umów dodatkowych.

Ogólne warunki Umowy dodatkowej Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/TIN/2024/1

Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku, którego doznał Ubezpieczony.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

Jeśli Ubezpieczony dozna Kalectwa, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej, zgodnie z tabelą Kalectwa.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Patrz Część 4 tego dokumentu: Podstawowe postanowienia wspólne dla Umowy głównej oraz Umów dodatkowych.

Świadczenie z tytułu Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie zostanie również wypłacone, jeśli Kalectwo:

- 1) wystąpi po upływie 180 dni od Nieszczęśliwego wypadku, albo
- 2) jest skutkiem urazu, który nie jest ujęty w tabeli Kalectwa zamieszczonej w Umowie dodatkowej.

Poza przypadkami wskazanymi w OWU ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej kończy się, gdy łączna kwota wypłaconych przez Allianz Świadczeń w związku z doznaniem przez Ubezpieczonego Kalectwem osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej.

Ogólne warunki Umowy dodatkowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/TUZ/2024/1

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest Trwały uszczerbek, którego doznał Ubezpieczony.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

Jeśli Ubezpieczony dozna Trwałego uszczerbku, to Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej, który odpowiada określonej procentowo wysokości doznanego przez Ubezpieczonego Trwałego uszczerbku. Przy ustalaniu wysokości Świadczenia Towarzystwo uwzględni Sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku. Wysokość Trwałego uszczerbku ocenia wyznaczony przez Towarzystwo lekarz, po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Patrz Część 4 tego dokumentu: Podstawowe postanowienia wspólne dla Umowy głównej oraz Umów dodatkowych.

Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie zostanie również wypłacone, jeśli Nieszczęśliwy wypadek lub Trwały uszczerbek na zdrowiu powstanie w związku z takim uszkodzeniem ciała, w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które miało charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy.

Ogólne warunki Umowy dodatkowej Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/NPW/2024/1

Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest Niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

Jeśli u Ubezpieczonego zostanie potwierdzona Niezdolność do pracy, Towarzystwo wypłaci 100% Sumy ubezpieczenia z dnia, gdy Ubezpieczony:

- 1) rozpoczął co najmniej 12-miesięczny okres niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej albo
- 2) rozpoczął co najmniej 12-miesięczny okres niezdolności do samodzielnej egzystencji lub utracił obie nogi, obie ręce lub widzenie w obojgu oczach.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Patrz Część 4 tego dokumentu: Podstawowe postanowienia wspólne dla Umowy głównej oraz Umów dodatkowych.

Leczenie szpitalne – wersja 1

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem w wersji 1 Umowy dodatkowej jest Leczenie szpitalne, które rozpoczęło się w czasie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej oraz pobyt Ubezpieczonego na OIT/ OIOM w trakcie Leczenia szpitalnego.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

Wysokość Świadczenia zależy od powodu długości pobytu w Szpitalu.

O ile pobyt w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni, Towarzystwo wypłaci za każdy dzień pobytu w Szpitalu Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia, który wynosi:

- 1) od 0,6% do 3% Sumy ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu od 1. do 14. dnia, przy czym świadczenie dzienne uzależnione jest od przyczyny odbywania pobytu w Szpitalu (Nieszczęśliwy wypadek, Wypadek przy Pracy, Wypadek komunikacyjny, Wypadek komunikacyjny przy Pracy, Zawał serca lub Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne, inna przyczyna);
- 2) 0,5% Sumy ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w Szpitalu, przy czym świadczenie dzienne Towarzystwo wypłaci od 15. dnia, nie więcej jednak, niż 100% Sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej.

Dodatkowo, raz w każdym Roku ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci maksymalnie jedno Świadczenie z tytułu co najmniej 24-godzinnego pobytu Ubezpieczonego na OIT (OIOM), w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia szpitalnego.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Patrz Część 4 tego dokumentu: Podstawowe postanowienia wspólne dla Umowy głównej oraz Umów dodatkowych.

Ponadto, Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, jeśli Leczenie szpitalne:

- 1) będzie miało związek z operacją plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego – chyba że będzie niezbędna do usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
- 2) będzie skutkiem zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV,
- 3) będzie skutkiem Nieprawidłowości zdrowotnych.

Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia także, jeśli:

- 1) pobyt w Szpitalu trwał krócej niż 4 dni,
- 2) Ubezpieczony przebywał w Szpitalu w celu leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego,
- 3) w trakcie Leczenia szpitalnego Ubezpieczony umrze.

W czasie pierwszych 30. dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, jeśli Leczenie szpitalne jest spowodowane inną przyczyną niż Nieszczęśliwym wypadkiem, Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem przy Pracy albo Wypadkiem komunikacyjnym przy Pracy.

Leczenie szpitalne wskutek Nieszczęśliwego wypadku – wersja 2

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest Leczenie szpitalne wskutek Nieszczęśliwego wypadku, które rozpoczęło się w czasie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

Wysokość Świadczenia zależy od powodu Hospitalizacji i długości pobytu w Szpitalu. O ile pobyt w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni, Towarzystwo wypłaci za każdy dzień pobytu w Szpitalu Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia, który wynosi:

- 1) 1% Sumy ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w Szpitalu od 1. do 14. dnia pobytu w Szpitalu;
- 2) 0,5% Sumy ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w Szpitalu od 15. dnia, nie więcej jednak, niż 100% Sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Patrz Część 4 tego dokumentu: Podstawowe postanowienia wspólne dla Umowy głównej oraz Umów dodatkowych.

Ponadto, Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, jeśli Leczenie szpitalne:

- 1) będzie miało związek z operacją plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego – chyba że będzie niezbędna do usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
- 2) będzie skutkiem zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV,
- 3) będzie skutkiem Nieprawidłowości zdrowotnych.

Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia także, jeśli:

- 1) pobyt w Szpitalu trwał krócej niż 4 dni,
- 2) Ubezpieczony przebywał w Szpitalu w celu leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego,
- 3) w trakcie Leczenia szpitalnego Ubezpieczony umrze.

Świadczenie szpitalne Zdrowe Życie – wersja 1

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest:

- 1) operacyjne lub zabiegowe Postępowania medyczne przeprowadzone w trakcie Hospitalizacji, wskazane w Wykazie zawartym w Umowie dodatkowej,
- 2) wystąpienie okoliczności, które uprawniają do otrzymania Świadczenia ryczałtowego.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

Jeśli u Ubezpieczonego wystąpi zdarzenie objęte ubezpieczeniem, to Towarzystwo wypłaci odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej, zgodnie z Wykazem.

Przy ustalaniu wysokości Świadczenia Towarzystwo uwzględni Sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Patrz Część 4 tego dokumentu: Podstawowe postanowienia wspólne dla Umowy głównej oraz Umów dodatkowych.

Ponadto Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem powstało:

- 1) w związku z wadą wrodzoną Ubezpieczonego,
- 2) w związku z leczeniem rehabilitacyjno-usprawniającym Ubezpieczonego,
- 3) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną – nie dotyczy to usuwania u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) w wyniku kłęski żywiołowej lub stanu epidemii, które zostały ogłoszone przez odpowiednie organy administracji publicznej,
- 5) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- 6) w wyniku choroby przewlekłej,
- 7) w wyniku Nieprawidłowości zdrowotnych.

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli:

- 1) choroba i sposób jej leczenia nie znajdują się w Wykazie,
- 2) postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w warunkach ambulatoryjnych.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje Postępowania medycznych wymienionych w Wykazie, jeżeli w okresie 5 lat przed rozpoczęciem Hospitalizacji, która jest związana z tym postępowaniem miała miejsce Hospitalizacja związana z takim samym Postępowaniem medycznym, za które Towarzystwo wypłaciło Świadczenie (nie dotyczy postępowania medycznych wskutek Nieszczęśliwego wypadku).

W czasie pierwszych 90. dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej nie wypłacamy Świadczenia, jeśli zdarzenie objęte ubezpieczeniem jest spowodowane inną przyczyną niż Nieszczęśliwym wypadkiem.

Świadczenie szpitalne Zdrowe Życie – wersja 2

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest:

- 1) operacyjne, zabiegowe lub zachowawcze Postępowania medyczne przeprowadzone w trakcie Hospitalizacji, wskazane w Wykazie zawartym w Umowie dodatkowej,
- 2) wystąpienie okoliczności, które uprawniają do otrzymania Świadczenia ryczałtowego,
- 3) wystąpienie okoliczności, które uprawniają do otrzymania Świadczenia lekowego (zdarzenie opcjonalne - pod warunkiem, że zakres Umowy obejmuje to świadczenie).

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości procentu Sumy ubezpieczenia, które odpowiada poszczególnym postępowaniom medycznym określonym w Wykazie.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Patrz Część 4 tego dokumentu: Podstawowe postanowienia wspólne dla Umowy głównej oraz Umów dodatkowych.

Ponadto Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem powstało:

- 1) w związku z wadą wrodzoną Ubezpieczonego,
- 2) w związku z leczeniem rehabilitacyjno-usprawniającym Ubezpieczonego,
- 3) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną – nie dotyczy to usuwania u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) w wyniku kłęski żywiołowej lub stanu epidemii, które zostały ogłoszone przez odpowiednie organy administracji publicznej,
- 5) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- 6) w wyniku choroby przewlekłej,
- 7) w wyniku Nieprawidłowości zdrowotnych.

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli:

- 1) choroba i sposób jej leczenia nie znajdują się w Wykazie,
- 2) postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w warunkach ambulatoryjnych.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje Postępowań medycznych wymienionych w Wykazie, jeżeli w okresie 5 lat przed rozpoczęciem Hospitalizacji, która jest związana z tym postępowaniem miała miejsce Hospitalizacja związana z takim samym Postępowaniem medycznym, za które Towarzystwo wypłaciło Świadczenie (nie dotyczy postępowań medycznych wskutek Nieszczęśliwego wypadku).

W czasie pierwszych 90. dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej nie wypłacamy Świadczenia, jeśli zdarzenie objęte ubezpieczeniem jest spowodowane inną przyczyną niż Nieszczęśliwym wypadkiem.

Świadczenie lekowe

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu postępowania medycznego Towarzystwo wypłaci dodatkowo jedno Świadczenie lekowe, o ile opcja ta jest w zakresie ubezpieczenia Ubezpieczonego.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości procentu Sumy ubezpieczenia, który jest ustalony ze względu na rodzaj Postępowania medycznego:

- 1) 6% Sumy ubezpieczenia – w przypadku leczenia zachowawczego,
- 2) 3% Sumy ubezpieczenia – w przypadku leczenia operacyjnego albo zabiegowego,
- 3) 20% Sumy ubezpieczenia – w przypadku postępowania medycznego zastosowanego w leczeniu nowotworu złośliwego,
- 4) 100% Sumy ubezpieczenia – w związku z zakwalifikowaniem do onkologicznego programu zdrowotnego albo programu chemioterapii niestandardowej.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, jeśli:

- 1) nie zostanie przyznane Świadczenie za Postępowanie medyczne, lub
- 2) zdarzenie, którego dotyczy wniosek o wypłatę Świadczenia nie jest ujęte w Wykazie zamieszczonym w Umowie dodatkowej.

Ogólne warunki Umowy dodatkowej Poważnego zachorowania nr PGZ/PZK/2024/1

Poważne zachorowanie – wersja 1, wersja 2 i wersja 3

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, które jest wymienione i zdefiniowane w Tabeli Poważnych zachorowań (zwanej dalej: Tabelą), zawartej w OWUD.

Umowę dodatkową można zawrzeć w jednej z trzech wersji, które różnią się liczbą Poważnych zachorowań w zakresie ubezpieczenia:

wersja 1 – 11 Poważnych zachorowań,

wersja 2 – 21 Poważnych zachorowań,

wersja 3 – 46 Poważnych zachorowań.

Każde Poważne zachorowanie jest zakwalifikowane do jednej z pięciu grup. Poszczególne wersje i grupy jest określone w Tabeli.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

W razie Poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia, ustalonego zgodnie z Tabelą, z zachowaniem poniższych zasad:

- 1) Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, jeśli Poważne zachorowanie wystąpiło w czasie pierwszych 120. dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej i jest spowodowane inną przyczyną niż Nieszczęśliwym wypadkiem,
- 2) jeśli Poważne zachorowanie wystąpiło po upływie pierwszych 120. dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo wypłaci Świadczenie także wtedy, gdy Poważne zachorowanie było spowodowane inną przyczyną niż Nieszczęśliwym wypadek. Wysokość tego Świadczenia w 121. dniu ochrony ubezpieczeniowej wynosi 2% Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej i wzrasta począwszy od 121. dnia ochrony ubezpieczeniowej o 2% dziennie, aby 170. dnia od początku ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej Świadczenie było równe 100% Świadczenia, określonego w Tabeli dla danego Poważnego zachorowania.

Przy ustalaniu wysokości Świadczenia Towarzystwo uwzględni Sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania.

Jakie są istotne ograniczenia Ochrony Ubezpieczeniowej?

Patrz Część 4 tego dokumentu: Podstawowe postanowienia wspólne dla Umowy głównej oraz Umów dodatkowych.

Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, także jeśli:

- 1) Poważne zachorowanie wystąpi w czasie 5 lat od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej i jeśli przed tym dniem u Ubezpieczonego zdiagnozowano lub leczono:
 - a) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
 - b) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Zawału serca,
 - c) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku Pomostowania aortalno-wieńcowego (Bypassu) albo Angioplastyki naczyń wieńcowych.
- 2) Ubezpieczony umrze w ciągu:
 - a) 30 dni od dnia wystąpienia Poważnego zachorowania: Ciężkiej sepsy (Posocznicy), Niedokrwistości aplastycznej (Aplazji szpiku), Nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, Nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym, Operacji mózgu, Porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, Porażenia mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, Przeszczepu narządów, Ropnia mózgu skutkującego drenażem przez kraniotomię, Rozległego oparzenia, Śpiączki powodującej trwałe ubytki neurologiczne, Udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, Usunięcia płuca (Pneumonektomii),

- b) 14 dni od dnia wystąpienia Poważnego zachorowania: Amputacji kończyn, Choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej rozległą resekcją jelita, Infekcyjnego zapalenia wsierdza, łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe ubytki neurologiczne, Operacji aorty, Operacji tętnicy płucnej, Operacji zastawek serca, Pomostowania aortalno-wieńcowego (Bypassu), Wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkujące jego usunięciem, Zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, Zawału serca.
- 3) choroba Ubezpieczonego nie jest wymieniona w tabeli Poważnych zachorowań,
- 4) choroba Ubezpieczonego jest skutkiem Nieprawidłowości zdrowotnych.

Ponadto, gdy Towarzystwo wypłaci:

- 1) Świadczenie za Poważne zachorowanie z grupy I, to ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej danego Ubezpieczonego wygasa,
- 2) Świadczenie za Poważne zachorowanie z grup II-IV, to ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego wygasa w zakresie Poważnych zachorowań z danej grupy oraz z tytułu Poważnych zachorowań z grupy I,
- 3) Świadczenie za Poważne zachorowanie z grup II-IV, to kolejne Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania z tych grup Towarzystwo wypłaci, o ile to Poważne zachorowanie wystąpi po upływie 365 dni od dnia wystąpienia poprzedniego Poważnego zachorowania,
- 4) trzecie Świadczenie w związku z wystąpieniem Poważnego zachorowania z grupy II-IV, to ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa (trzecie Świadczenie za Poważne zachorowanie z grup II-IV wynosi 10% Świadczenia, które wynika z Tabeli ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej), wzrasta o 2% dziennie, aby 170. dnia od początku ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej Świadczenie było równe 100% Świadczenia, określonego dla danego Poważnego zachorowania w tabeli Poważnych zachorowań.

Ogólne warunki Umowy dodatkowej Zachorowania na Nowotwór złośliwy Rakassistance nr PGZ/PNZ/2024/1

Zachorowanie na Nowotwór złośliwy Rakassistance

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest:

- 1) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego,
- 2) uznanie Ubezpieczonego za niezdolnego do pracy zarobkowej w związku z zachorowaniem na Nowotwór złośliwy. Niezdolność do pracy zarobkowej musi być poświadczona decyzją właściwego organu rentowego.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

Jeśli u Ubezpieczonego zostanie zdiagnozowany Nowotwór złośliwy lub jeśli Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do pracy zarobkowej w związku z zachorowaniem na Nowotwór złośliwy, to Towarzystwo wypłaci odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej, która obowiązuje w dniu wskazanym w Tabeli świadczeń Rakassistance (zwanej dalej: Tabelą), zawartej w OWUD, z zachowaniem następujących zasad:

- 1) jeżeli do zdarzenia dojdzie w czasie pierwszych 30 dni ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej, to wypłata wyniesie 10% Świadczenia obliczonego zgodnie z Tabelą,
- 2) jeżeli do zdarzenia dojdzie w czasie od 31. dnia do 60. dnia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej, to wypłata wyniesie 40% Świadczenia obliczonego zgodnie z Tabelą,
- 3) jeżeli do zdarzenia dojdzie w czasie od 61. dnia do 90. dnia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej, to wypłata wyniesie 70% kwoty Świadczenia obliczonego zgodnie z Tabelą,
- 4) jeżeli do zdarzenia dojdzie po upływie 90 dni ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej to wypłata wyniesie 100% Świadczenia obliczonego zgodnie z Tabelą.

Jeśli ze względu na pogarszający się stan zdrowia z powodu Nowotworu złośliwego Ubezpieczony otrzyma decyzję o niezdolności do pracy zarobkowej, Towarzystwo wypłaci Świadczenie dopełniające, w wysokości określonej zgodnie z Tabelą.

W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego leczenia Nowotworu złośliwego w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, to Towarzystwo wypłaci Świadczenie uzupełniające, w wysokości określonej zgodnie z Tabelą.

Dokładne zasady przyznania Świadczenia uzupełniającego i Świadczenia dopełniającego określone są w OWUD.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia jeśli:

- 1) zdarzenie ubezpieczeniowe jest spowodowane Nieprawidłowościami zdrowotnymi,
- 2) Nowotwór złośliwy wystąpi:
 - a) w związku z nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, które są potwierdzone w dokumentacji medycznej,
 - b) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV.

Ogólne warunki Umowy dodatkowej Leczenia specjalistycznego nr PGZ/SPC/2024/1

Leczenie specjalistyczne – wersja 1, wersja 2 i wersja 3

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest przeprowadzenie Leczenia specjalistycznego, czyli terapii, zabiegu lub operacji chirurgicznej, które są zdefiniowane w tabeli Leczeń specjalistycznych zawartej w OWUD i które były przeprowadzone w czasie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z Umowy dodatkowej.

Umowę dodatkową można zawrzeć w jednej z trzech wersji, które różnią się liczbą Leczeń specjalistycznych w zakresie ubezpieczenia:

wersja 1 – 5 Leczeń specjalistycznych,

wersja 2 – 11 Leczeń specjalistycznych,

wersja 3 – 14 Leczeń specjalistycznych.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

Jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zostanie przeprowadzone u Ubezpieczonego Leczenie specjalistyczne, wypłacimy Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia:

- 1) jeśli Leczenie specjalistyczne zostało spowodowane lub miało miejsce:
 - a) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich,
 - b) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - c) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia przez niego samobójstwa,
 - d) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- 2) jeśli nie upłynęło 5 lat od wypłaty Świadczenia za takie samo Leczenie specjalistyczne,
- 3) z tytułu Leczenia specjalistycznego, które zostało przeprowadzone u Ubezpieczonego w związku ze schorzeniem rozpoznanym lub leczonym w okresie 5 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

W czasie pierwszych 90 dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, jeśli Leczenie specjalistyczne jest spowodowana inną przyczyną niż Nieszczęśliwym wypadkiem.

Ogólne warunki umowy dodatkowej Zagraniczna Druga Opinia Medyczna nr PGZ/BDR/2024/1

Zagraniczna Druga Opinia Medyczna

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest: postawienie Ubezpieczonemu, Małżonkowi lub Dziecku diagnozy lub zalecenie leczenia operacyjnego w związku z wymienionymi w Tabeli Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej (zwanej dalej: Tabelą), stanami chorobowymi lub uszkodzeniami ciała, wystąpienie stanu chorobowego lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka innego niż wymienione w Tabeli, które wymagają leczenia specjalistycznego w trakcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

W związku z zajściem zdarzenia objętego ubezpieczeniem Towarzystwo zorganizuje oraz pokryje koszty sporządzenia oraz tłumaczenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony, Małżonek lub Dziecko otrzymało diagnozę lub zalecono mu leczenie operacyjne, które mają związek ze stanem chorobowym lub uszkodzeniem ciała określonym w Tabeli.

Ponadto Towarzystwo zapewnia dostęp do Platformy AskBestDoctors.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w następujących przypadkach:

- 1) w czasie pobytu Ubezpieczonego albo osoby bliskiej w Szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, do czasu zakończenia pobytu tej osoby w Szpitalu;
- 2) jeżeli stan chorobowy Ubezpieczonego albo osoby bliskiej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.

Zagraniczna Druga Opinia Medyczna nie zostanie sporządzona, jeżeli przyczyną zgłoszenia potrzeby uzyskania Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej dotyczącej Ubezpieczonego albo osoby bliskiej jest:

- 1) ostry i krótkotrwały stan chorobowy,
- 2) choroba przewlekła o lekkim przebiegu,
- 3) zaburzenie psychiczne,
- 4) problem stomatologiczny.

Assistance

Co ubezpieczamy w tej Umowie?

Umowa assistance gwarantuje dostarczenie usługi o charakterze zdrowotnym (inaczej: medycznym) lub opiekuńczym w sytuacji, kiedy w życiu Ubezpieczonego lub jego Małżonka, Dziecka lub Rodzica wystąpił Nieszczęśliwy wypadek albo Nagłe zachorowanie.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie

W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo zorganizuje Usługę assistance i pokryje jej koszt, zgodnie z zasadami i limitami określonymi w tabeli Usług assistance, zawartej w Umowie dodatkowej.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie za zdarzenia, które powstały w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Nagłym zachorowaniem – czyli nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia, które są skutkiem chorób innych, niż gwałtowne i ostre stany chorobowe.

Część 4. Podstawowe postanowienia dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa, wspólne dla Umowy głównej oraz Umów dodatkowych Ubezpieczonego

Podstawowe postanowienia w odniesieniu do zdarzeń nie będących skutkiem Nieszczęśliwego wypadku:

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłaci Świadczenia z Umowy głównej, jeśli śmierć Ubezpieczonego następuje:
 - w wyniku samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w ciągu 2 lat od dnia objęcia go ochroną ubezpieczeniową,
 - w ciągu pierwszych 12 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i będzie spowodowana Nieprawidłowościami zdrowotnymi.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłaci Świadczenia z tytułu:
 - Umowy głównej lub
 - Umowy dodatkowej,jeśli zdarzenie objęte ubezpieczeniem następuje:
 - w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
 - w wyniku czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,
 - w wyniku Aktu terroryzmu – jeśli Ubezpieczony uczestniczył w nim jako sprawca (wszystkie formy sprawstwa), pomocnik lub podlegacz albo wykonywał czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
 - w związku z udziałem Ubezpieczonego jako sprawcy (wszystkie formy sprawstwa), pomocnika lub podlegacza w aktach przemocy innych niż te, które wymieniamy wyżej,
 - w związku z udziałem Ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym.
- Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłaci Świadczenia z tytułu:
 - Umowy głównej, jeśli śmierć wystąpiła w czasie pierwszych 169. dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego i była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem lub
 - Umowy dodatkowej, chyba że inaczej postanowiliśmy w OWUD,jeśli zdarzenie objęte ubezpieczeniem następuje:
 - w związku ze spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji, lub środków, które działają na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - w związku z nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej,
 - w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego, które mają potwierdzenie w dokumentacji medycznej,
 - w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
 - w wyniku wypadku statku powietrznego, chyba że Ubezpieczony będzie pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy prawo lotnicze,
 - w związku z Wyczynowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia.

Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia także w innych okolicznościach, które wskazujemy w OWUD.

Materiał nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego, wzorca umownego, części umowy ubezpieczenia ani propozycji zawarcia umowy ubezpieczenia. Zespół jest ubezpieczeniem na życie oferowanym przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółkę Akcyjną („Allianz”). Szczegółowy zakres i warunki ubezpieczenia – w tym w zakresie składek i opłat, ograniczeń i wyłączeń naszej odpowiedzialności (w szczególności okresów ograniczonej ochrony) oraz zasad obliczania i warunków wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych – znajdują się w Warunkach ogólnych grupowego ubezpieczenia na życie Zespół (PGZ/2024/1 PD202403), zamieszczonych na www.allianz.pl.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (00-189), ul. Inflancka 4B, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000002561, NIP: 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w kwocie 87 267 500 złotych)