

Ubezpieczenia grupowe

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla placówek oświatowych Ubezpieczenie z Klasą

Allianz – ubezpieczenia od A do Z.

Allianz 

Spis treści

§ 1	Postanowienia ogólne	1
§ 2	Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz – świadczenia podstawowe – wariant I (dla dzieci i młodzieży)	3
§ 3	Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz – świadczenia podstawowe – wariant II (dla osób dorosłych)	4
§ 4	Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz – świadczenia dodatkowe	4
§ 5	Zawarcie umowy ubezpieczenia	7
§ 6	Początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej	7
§ 7	Składka ubezpieczeniowa	7
§ 8	Wyłączenia odpowiedzialności	8
§ 9	Postępowanie powypadkowe oraz wypłata świadczeń	8
§ 10	Postanowienia końcowe	11
Załącznik nr 1 do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczenie z klasą		13

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla placówek oświatowych Ubezpieczenie z Klasą

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej o.w.u., TU Allianz Polska S.A., zwane dalej Allianz, zawiera umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na rachunek Ubezpieczonych z osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi, nieposiadającymi osobowości prawnej, zwanymi dalej Ubezpieczającymi, którzy zapoznali się z niniejszymi o.w.u. przed zawarciem umowy.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz następstwa nieszczęśliwych wypadków.

3.

Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

4.

Umowę ubezpieczenia można zawrzeć w jednym z dwóch z następujących wariantów:

- wariant I (przeznaczony dla dzieci i młodzieży)
 - lub
 - wariant II (przeznaczony dla osób dorosłych)
- albo w obu wariantach jednocześnie.

5.

Ubezpieczający (lub pełnomocnik zawierający w jego imieniu umowę) zobowiązany jest podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz pytał przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak również zobowiązany jest zgłaszać zmiany ww. okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu ich do wiadomości. W przypadku podania niezgodnych z prawdą okoliczności lub ich zatajenia Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem powyższych obowiązków nie zostały podane do jego wiadomości.

6.

Na Ubezpieczającym spoczywa obowiązek udostępnienia Ubezpieczonemu (a w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni – jego przedstawicielowi ustawowemu) niniejszych o.w.u. wraz z załącznikiem oraz Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wraz z załączonym do niej suplementem.

7.

Użyte w niniejszych o.w.u. określenia oznaczają:

- 1) amatorskie uprawianie sportu – aktywność sportowa Ubezpieczonego, której celem jest odpoczynek i rozrywka;
- 2) amatorskie uprawianie sportów wysokiego ryzyka – amatorskie uprawianie następujących sportów: motorowych lub motorowodnych, powietrznych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, kitesurfingu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi, typu pustynia, wysokie góry (powyżej 5500 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego;
- 3) akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko Ubezpieczonemu, co zniewala go do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się lub przeciwko rzeczy posiadanej przez Ubezpieczonego, przez co swoboda woli Ubezpieczonego – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;
- 4) akt terroru – nielegalne akcje, które organizowane są z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz

- skierowane przeciwko społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych;
- 5) Centrum Operacyjne – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – przedstawiciel Allianz udzielający transportu medycznego oraz świadczeń opiekuńczych, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Allianz za pośrednictwem Ubezpieczającego;
- 6) choroba psychiczna – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
- 7) czasowa niezdolność do pracy lub nauki – orzeczonej przez lekarza okres czasowej niezdolności do pracy lub czasowej niezdolności do nauki, której trwa nieprzerwanie co najmniej 30 dni;
- 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) dzieci i młodzież – osoby, niezależnie od wieku, uczące się lub przebywające w następujących placówkach oświatowych: żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum ogólnokształcące, liceum zawodowe, liceum techniczne, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa, zespół szkół, dom dziecka, placówki oświatowo-wychowawcze umożliwiające rozwijanie zainteresowań i uzdolnień oraz korzystanie z różnych form wypoczynku i organizacji czasu wolnego; ubezpieczeniem mogą zostać objęte również dzieci i młodzież z upośledzeniami umysłowymi w stopniu umożliwiającym naukę w klasach integracyjnych, a także z upośledzeniem ruchowym;
- 10) dzieci i młodzież szkolna – osoby, niezależnie od wieku, wpisane na listę uczniów danej szkoły na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia lub w trakcie trwania okresu ubezpieczenia;
- 11) klauzula nieoczekiwanej wojny lub aktu terroru – Allianz ponosi odpowiedzialność za szkody poniesione na skutek działań wojennych lub aktu terroru, do których doszło w czasie pobytu Ubezpieczonego na terytorium tego kraju, nie dłużej niż 7 dni, licząc od daty zajścia aktu terroru lub daty nagłego wybuchu wojny, jednak nie dłużej niż okres ubezpieczenia, z wyłączeniem następujących państw: Islamska Republika Afganistanu, Królestwo Arabii Saudyjskiej, Ludowa Republika Bangladeszu, Republika Burundi, Gruzja, Republika Iraku, Jordanijskie Królestwo Haszamidzkie, Republika Kolumbii, Republika Liberii, Islamska Republika Pakistanu, Republika Rwandy, Syryjska Republika Arabska; klauzula nieoczekiwanej wojny lub aktu terroru ma zastosowanie do następujących świadczeń: świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, podwójne świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, świadczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu, podwójne świadczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu, świadczenie na wypadek śmierci, przeszczepienie zawodowe inwalidów, koszty leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, czasowa niezdolność do pracy lub nauki, zasiłek szpitalny, trwała niezdolność do pracy;
- 12) lekarz Centrum Operacyjnego – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
- 13) lekarz prowadzący – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku;
- 14) lekarz uprawniony – lekarz wskazany przez Allianz i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego oraz do przeprowadzania ekspertyz lekarskich;
- 15) nagłe zachorowanie – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 16) nieszczęśliwy 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 odpowiedzialności Allianz w odniesieniu do Ubezpieczonego,
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,

- e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim związku adekwatnym z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie;
- 17) OIOM – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzonej w specjalistyczny sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie czynności życiowych przebywających tam chorych; pod tym pojęciem rozumie się również pozostałe oddziały intensywnej opieki (jak OIOK, SION) spełniające powyższe kryteria;
- 18) oparzenie – uszkodzenie powłok ciała spowodowane działaniem wysokiej temperatury, prądu elektrycznego, substancji chemicznych, promieniowania (w tym promieniowania jonizującego); rozległość i głębokość (stopień) oparzeń oceniane są na podstawie dokumentacji z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (Tablica Lunda i Browdera dla dzieci); z zakresu ubezpieczenia wyłączone są oparzenia słoneczne;
- 19) oparzenia dróg oddechowych – oparzenia powstałe w wyniku wdychania dymu, gazów lub innych środków chemicznych, manifestujące się obrzękiem tkanki płucnej, zapaleniem płuc, wymagające leczenia w warunkach szpitalnych i skutkujące pobyt w szpitalu przez minimum 3 dni;
- 20) odmrożenie – uszkodzenie powłok ciała spowodowane działaniem niskiej temperatury; rozległość i głębokość (stopień) odmrożeń oceniane są na podstawie dokumentacji z leczenia szpitalnego;
- 21) operacja plastyczna – operacja mająca na celu usunięcie okaleczeń lub deformacji ciała Ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia;
- 22) osoby dorosłe – personel, a także uczniowie, słuchacze i studenci, niezależnie od wieku (z zastrzeżeniem § 5 ust. 4), następujących placówek oświatowych: uczelnia wyższa, szkoła policealna, studium, liceum ogólnokształcące uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych oraz technikum uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych;
- 23) personel – pracownicy dydaktyczni i administracyjni placówek oświatowych;
- 24) placówka medyczna – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 25) placówka oświatowa – w rozumieniu niniejszych o.w.u.: żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum ogólnokształcące, liceum zawodowe, liceum techniczne, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa, zespół szkół, szkoła policealna, uczelnia wyższa, studium, liceum ogólnokształcące uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych, technikum uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych, dom dziecka, placówki oświatowo-wychowawcze umożliwiające rozwijanie zainteresowań i uzdolnień oraz korzystanie z różnych form wypoczynku i organizacji czasu wolnego; za placówkę oświatową w rozumieniu niniejszych o.w.u. nie uznaje się szkół o profilu sportowym, szkół specjalnych oraz rodzinnych domów dziecka;
- 26) pobyt w szpitalu – trwający nieprzerwanie, dłużej niż jeden dzień, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, w trakcie którego Ubezpieczony poddał się leczeniu skutków nieszczęśliwego wypadku lub zatrucia; w rozumieniu niniejszych o.w.u. dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmuje się dzień rejestracji i przyjęcia, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
- 27) poważne zachorowania – wystąpienie objawów choroby lub chorób wymienionych i zdefiniowanych w punktach a, b, c, d, e, f, g, h, i poniżej lub przebieganie zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w punkcie j, pod warunkiem że objawy choroby lub chorób zdefiniowanych w punktach a, b, c, d, e, f, g, h, i oraz choroby lub chorób będących przyczyną bezpośrednią lub pośrednią dokonania zabiegów operacyjnych, wskazanych w punkcie j, pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia
- a) nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa; wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu);
- b) krańcowa niewydolność nerek – stan przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujący się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagający, ze wskazań życiowych, przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerki;
- c) zapalenie mózgu – ostre zapalenie tkanki mózgowej, będące przyczyną co najmniej trzytygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z przeprowadzonego leczenia;
- d) schyłkowa niewydolność wątroby – występowanie klinicznych objawów ostrej lub przewlekłej niewydolności miększu wątroby, będące wyrazem ciężkich zaburzeń funkcji wątroby, wyczerpujących jej możliwości kompensacyjne; objawy, których łączne i jednoczesne występowanie jest konieczne do uznania roszczenia:
- żółtaczka,
 - narastanie wodobrzusza,
 - zaburzenia krzepnięcia krwi,
 - encefalopatia wątrobowa;
- z zakresu odpowiedzialności wykluczona jest niewydolność wątroby powstała na skutek spożywania alkoholu lub umyślnego zatrucia innymi substancjami;
- e) cukrzyca – cukrzyca nabyta insulinozależna, o etiologii autoimmunologicznej, trwająca co najmniej 3 miesiące;
- f) dystrofia mięśniowa – dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); konieczne jest jednoznaczne rozpoznanie potwierdzone wyczerpującą dokumentacją medyczną;
- g) guzy śródczaszkowe – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczone są torbiele, ziarniniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki oraz guzy rdzenia;
- h) śpiączka – stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe, doprowadzający do trwałego deficytu neurologicznego powodującego istotne upośledzenie stopnia sprawności Ubezpieczonego oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania ubytku neurologicznego. Poważnym zachorowaniem w rozumieniu niniejszych o.w.u. nie jest śpiączka powstała bezpośrednio lub pośrednio wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, innych środków chemicznych lub stan śpiączki wywołany lub przedłużany sztucznie w celach terapeutycznych. Do uznania roszczenia z tytułu wystąpienia śpiączki konieczna jest dokumentacja medyczna z leczenia szpitalnego, zawierająca między innymi ocenę stanu neurologicznego przy wypisie. Uznanie roszczenia przez Allianz z tytułu wystąpienia śpiączki wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu wystąpienia każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które przyczyniło się do wystąpienia śpiączki;
- i) posocznica (sepsa) – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) powstały wskutek zakażenia wywołanego obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi krążącej i objawiający się niewydolnością lub głęboką dysfunkcją narządów; warunkiem uznania roszczenia jest jednoznaczne rozpoznanie zawarte w dokumentacji z leczenia szpitalnego; posocznica wskutek urazu lub powikłanego zabiegu operacyjnego jest objęta odpowiedzialnością Allianz;
- j) przeszczep – przeszczep Ubezpieczonemu, jako biorcy, jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego; wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich; dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną; uznanie roszczenia przez Allianz z tytułu przeszczepu wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu wystąpienia każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które przyczyniło się do wystąpienia przeszczepu;
- 28) przeciążenie – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące skutek, który, nakładając się na istniejące wcześniej u Ubezpieczonego zmiany zwyrodnieniowe, może doprowadzić do wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 29) przedstawiciel ustawowy – osoba, której umocowanie do działania w imieniu osoby nieposiadającej zdolności do czynności prawnych lub posiadającej ograniczoną zdolność do czynności prawnych wynika z przepisów prawa;

- 30) przyczyna zewnętrzna – zdarzenia 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, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc,
 - czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych;
- jednocześnie zastrzega się, iż stres i przeżycia Ubezpieczonego nie są przyczyną zewnętrzną według niniejszych o.w.u.;
- 31) rana cięta i szarpana – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, powstałe wskutek przecięcia skóry i ewentualnie położonych głębiej tkanek z wyjątkiem kości; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są rany cięte będące skutkiem zamierzonego działania leczniczego;
- 32) rana miażdżona – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, charakteryzujące się zmiążdżeniem brzegów rany, utworzeniem głębokiego krwiaka, często rozległym uszkodzeniem podłoża kostnego;
- 33) sporty powietrzne – szybowictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo oraz wszelkiego rodzaju ich odmiany, a także jakiegokolwiek dyscypliny związane z przemieszczaniem się w przestrzeni powietrznej;
- 34) sprzęt rehabilitacyjny – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 35) suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota, będąca podstawą do obliczania wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia wypłacanego w razie zajścia zdarzenia określonego w umowie ubezpieczenia; dla wszystkich osób objętych ochroną w ramach jednej grupowej umowy ubezpieczenia zawartej w formie bezimiennej obowiązuje jednakowa suma ubezpieczenia;
- 36) szpital – zakład opieki zdrowotnej, w przypadku terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zarejestrowany w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego lub w innym organie uprawnionym do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład leczenia zamkniętego, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych o.w.u. nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska;
- 37) Tabela oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu – tabela stanowiąca załącznik do niniejszych o.w.u. będąca podstawą do określenia świadczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu (dotyczy wariantu I);
- 38) Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku – tabela stanowiąca wraz z załączonym do niej suplementem integralną część umowy ubezpieczenia będąca podstawą do określenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (dotyczy wariantu II).
- 39) trwała niezdolność do pracy – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie, a także podejmowania jakiejkolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, orzeczona na okres co najmniej 12 miesięcy przez ZUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie; wystąpienie trwałej niezdolności do pracy stwierdza lekarz uprawniony lub konsultant medyczny Allianz na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie;
- 40) trwały uszczerbek na zdrowiu – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w wariantcie II, polegające na trwałym fizycznym uszkodzeniu ciała lub utracie zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku; wskazanie wysokości przyznanego uszczerbku na zdrowiu odbywa się przez lekarzy uprawnionych na podstawie orzeczenia lekarskiego;
- 41) Ubezpieczający – placówka oświatowa lub podmiot działający na rzecz placówki oświatowej, z którym Allianz zawiera umowę ubezpieczenia i który zobowiązuje się opłacić składkę ubezpieczeniową;
- 42) Ubezpieczony – osoba zaliczana do grupy zdefiniowanej jako dzieci i młodzież lub grupy zdefiniowanej jako osoby dorosłe, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia;
- 43) udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego; ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego; rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR); wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nieskutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek nieszczęśliwego wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar niepozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego; wyłączone są również udary mózgu skutkujące śmiercią Ubezpieczonego w terminie 3 dni od ich wystąpienia;
- 44) Uposażony – osoba lub osoby wskazane pisemnie przez Ubezpieczonego, którym przysługuje świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego; Ubezpieczony może wskazać Uposażonego zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania; Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić Uposażonego; zmiana obowiązuje od dnia otrzymania wniosku przez Allianz; w sytuacji gdy suma wskazań procentowych Uposażonych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego; jeżeli Uposażony nie zostanie wskazany na piśmie, stosuje się przepisy § 9 ust. 4 pkt 3;
- 45) uraz narządu ruchu – uraz, w wyniku którego nie nastąpiło złamanie kości, ale na zlecenie lekarza narząd ruchu został unieruchomiony w sposób ciągły na okres co najmniej 7 dni poprzez zastosowanie: gipsu, gipsu syntetycznego, gorsetu, szyn, ortozy, stabilizatora lub kołnierza ortopedycznego;
- 46) uszczerbek na zdrowiu – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w wariantcie I, polegające na fizycznym uszkodzeniu ciała lub utracie zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku; uszczerbek na zdrowiu wskazuje Allianz na podstawie dokumentacji medycznej;
- 47) utrata narządu – fizyczna utrata narządu lub całkowita i trwała utrata funkcji narządu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 48) wstrząśnienie mózgu – odwracalne zaburzenie czynności pnia mózgu wskutek urazu, bez uchwytnych zmian anatomicznych, cechujące się krótkotrwałą utratą świadomości i niepełnością wsteczną rozpoznane przez lekarza pogotowia lub izby przyjęć;
- 49) zaopatrzenie chirurgiczne – opracowanie chirurgiczne rany rozumiane jako jej oczyszczenie, usunięcie tkanek martwiczych i założenie szwów przy użyciu nici chirurgicznych, klamerek lub plastrów chirurgicznych;
- 50) zatrucie – ostry stan chorobowy o gwałtownym przebiegu, wywołany nieumyślnie (przypadkowo) wskutek wprowadzenia do organizmu, drogą wziewną, pokarmową lub przez skórę, środków zawierających czynniki trujące (chorobotwórcze bakterie, ich toksyny, pasożyty, wirusy, substancje żrące, inne związki chemiczne), skutkujące pobytem w szpitalu przez minimum jeden dzień;
- 51) zawał serca – świeża martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki zawału mięśnia sercowego nieskutkujące pilną hospitalizacją, leczone i niepozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały oraz zawały skutkujące śmiercią Ubezpieczonego w terminie 3 dni od ich wystąpienia;
- 52) złamanie – nagłe przerwanie ciągłości tkanki kostnej wskutek urazu, bez współistnienia tła chorobowego; za złamanie uważa się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych;
- 53) wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu – uprawianie sportu w ramach przynależności do klubów, związków, organizacji i sekcji sportowych, w szkołach o profilu sportowym, a także czerpanie dochodów z uprawianej dyscypliny sportu; za wyczynowe i zawodowe uprawianie sportu nie uważa się zajęć w ramach szkolnych klubów sportowych.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz – świadczenia podstawowe – wariant I (dla dzieci i młodzieży)

1.

Świadczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu

Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku dojdzie do upośledzenia funkcji fizycznych (uszczerbek na zdrowiu), Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu. Świadczenie zostanie wypłacone na podstawie Tabeli oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do o.w.u., w takim procencie sumy ubezpieczenia, jaki odpowiada doznanemu przez Ubezpieczonego uszczerbkowi na zdrowiu według ww. Tabeli, maksymalnie jednak do wysokości 100% sumy określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego paragrafu.

2.

Podwójne świadczenie na wypadek uszkodzenia ciała

Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku zostanie określone świadczenie w wysokości przynajmniej 50% sumy ubezpieczenia, Ubezpieczonemu przysługuje podwójne świadczenie na wypadek uszkodzenia ciała, które naliczane jest w oparciu o podwójną wysokość sumy ubezpieczenia.

3.

Świadczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku

- 1) Świadczenie wypłacane jest w razie stwierdzenia bezpośredniego związku śmierci Ubezpieczonego z nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.
- 2) Świadczenie na wypadek śmierci przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiła przed upływem jednego roku od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
- 3) Świadczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Uposażonemu w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 4) poniżej.
- 4) Jeżeli Ubezpieczony zmarł wskutek nieszczęśliwego wypadku przed upływem jednego roku od daty nieszczęśliwego wypadku, a Allianz uprzednio wypłacił świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała powstałego na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, świadczenie na wypadek śmierci wypłacane jest w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy kwotą wskazaną w pkt 3) a uprzednio wypłaconą kwotą.

4.

Świadczenie z tytułu pogryzienia przez psa, pokąsania lub pogryzienia przez inne zwierzęta oraz ukąszenia owadów

- 1) Allianz wypłaca świadczenie z tytułu pogryzienia przez psa, pokąsania lub pogryzienia przez inne zwierzęta oraz ukąszenia owadów w wysokości 10% sumy ubezpieczenia.
- 2) Świadczenie z tytułu pogryzienia przez psa wypłacane jest w przypadku powstania ran kłasnanych, skutkujących opracowaniem chirurgicznym rany z założeniem szwów w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych, co zostało odnotowane w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
- 3) Świadczenie z tytułu pokąsania lub pogryzienia przez inne zwierzęta niż pies oraz ukąszenia owadów wypłacane jest w przypadku pobytu w szpitalu przez minimum jeden dzień.
- 4) Świadczenie ograniczone jest do jednej wypłaty z tytułu pogryzienia przez psa w okresie ubezpieczenia, jednej wypłaty z tytułu pokąsania lub pogryzienia przez inne zwierzęta w okresie ubezpieczenia oraz jednej wypłaty z tytułu ukąszenia owadów w okresie ubezpieczenia.

5.

Transport medyczny

Allianz zapewnia organizację oraz pokrycie kosztów transportu medycznego.

Transport medyczny organizowany jest przez Allianz za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.

Transport medyczny jest organizowany w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku i obejmuje transport z miejsca zamieszkania lub miejsca nieszczęśliwego wypadku do odpowiedniej placówki medycznej oraz z placówki medycznej do miejsca zamieszkania, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego, nawet jeśli ze względu na stan zdrowia możliwy jest transport publicznym lub prywatnym środkiem transportu.

Pokrycie kosztów transportu medycznego przysługuje do łącznej kwoty 400 złotych w odniesieniu do Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, niezależnie od doznanego uszkodzenia ciała.

§ 3

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz – świadczenia podstawowe – wariant II (dla osób dorosłych)

1.

Świadczenie na wypadek trwałego uszkodzenia ciała

Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku dojdzie do trwałego upośledzenia funkcji fizycznych (trwały uszkodzenia ciała), Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie na wypadek trwałego uszkodzenia ciała. Świadczenie zostanie wypłacone na podstawie obowiązującej w Allianz w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia Tabeli oceny procentowej trwałego uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku w takim procencie sumy ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał trwałego uszkodzenia ciała, maksymalnie jednak do wysokości 100% sumy określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego paragrafu.

2.

Podwójne świadczenie na wypadek trwałego uszkodzenia ciała

Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku zostanie określone przynajmniej 50% trwałego uszkodzenia ciała, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie na wypadek trwałego uszkodzenia ciała naliczone od podwójnej sumy ubezpieczenia.

3.

Świadczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku

- 1) Świadczenie wypłacane jest w razie stwierdzenia bezpośredniego związku śmierci Ubezpieczonego z nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.
- 2) Świadczenie na wypadek śmierci przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu jednego roku od daty zaistnienia wypadku.
- 3) Świadczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 4) poniżej.
- 4) Jeżeli Ubezpieczony zmarł wskutek nieszczęśliwego wypadku przed upływem jednego roku od daty nieszczęśliwego wypadku, a Allianz uprzednio wypłacił świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała powstałego na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, świadczenie na wypadek śmierci wypłacane jest w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy kwotą wskazaną w pkt 3) a uprzednio wypłaconą kwotą.

4.

Przeszkolenie zawodowe inwalidów

- 1) Świadczenie jest wypłacane Ubezpieczonemu, w stosunku do którego odpowiedni organ rentowy orzekł celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie, o ile nie przysługuje Ubezpieczonemu zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego, o którym mowa w pkt 4 poniżej.
- 2) Świadczenie jest wypłacane, jeżeli konieczność przekwalifikowania zawodowego wynika wyłącznie i bezpośrednio z następstw zdrowotnych nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Allianz.
- 3) Allianz dokona zwrotu kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty wypadku – do wysokości 25% sumy ubezpieczenia, maksymalnie jednak do kwoty 5 000 złotych.
- 4) Koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów zwracane są wyłącznie wówczas, gdy nie mogą być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych oraz pod warunkiem, że zostały poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

5.

Transport medyczny

- 1) Allianz zapewnia organizację oraz pokrycie kosztów transportu medycznego.
- 2) Transport medyczny organizowany jest przez Allianz za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.
- 3) Transport medyczny jest organizowany w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku i obejmuje transport z miejsca zamieszkania lub miejsca nieszczęśliwego wypadku do odpowiedniej placówki medycznej oraz z placówki medycznej do miejsca zamieszkania, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego, nawet jeśli ze względu na stan zdrowia możliwy jest transport publicznym lub prywatnym środkiem transportu.
- 4) Pokrycie kosztów transportu medycznego przysługuje do łącznej kwoty 400 złotych w odniesieniu do Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, niezależnie od doznanego trwałego uszkodzenia ciała.

§ 4

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz – świadczenia dodatkowe

Po opłaceniu dodatkowej składki umowa ubezpieczenia może obejmować także następujące świadczenia dodatkowe:

1.

Koszty leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (dla wariantu I lub wariantu II)

- 1) Allianz refunduje koszty leczenia poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową, niezależnie od miejsca wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.

- ku (cały świat), maksymalnie jednak do wysokości 10%, 20% lub 30% (w zależności od wyboru przez Ubezpieczającego) sumy ubezpieczenia.
- 2) Refundacji podlegają koszty, które zostały poniesione w okresie 365 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
 - 3) Ubezpieczający może zawrzeć umowę obejmującą koszty leczenia w zakresie podstawowym lub w zakresie rozszerzonym.
 - 4) Za koszty leczenia w zakresie podstawowym uznaje się:
 - a) honoraria lekarskie;
 - b) koszty lekarstw;
 - c) koszty zakupu protez i środków pomocniczych;
 - d) koszty zakupu środków opatrunkowych;
 - e) koszty zdjęć rentgenowskich, USG i innych badań diagnostycznych, niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.
 - 5) Za koszty leczenia w zakresie rozszerzonym uznaje się koszty leczenia wymienione w pkt 4 ust. 1 niniejszego paragrafu oraz:
 - a) koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego;
 - b) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym;
 - c) koszty operacji plastycznych;
 - d) koszty transportu medycznego środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia Ubezpieczonego;
 - e) koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
 - f) koszty zakupu wózka inwalidzkiego.
 - 6) Allianz może odstąpić od refundacji tych kosztów leczenia, które zostały uznane za bezzasadne przez lekarza uprawnionego.
 - 7) Koszty leczenia są pokrywane bez względu na wysokość przyznanego świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu (lub odpowiednio trwałego uszczerbku na zdrowiu), nawet w przypadku gdy nie zostało przyznane świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu (lub odpowiednio trwałego uszczerbku na zdrowiu).
 - 8) Jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi i był objęty ochroną ubezpieczeniową w Allianz na podstawie kilku umów ubezpieczenia obejmujących koszty leczenia, to świadczenie z tego tytułu nie może przekraczać rzeczywistych i udokumentowanych wydatków poniesionych na ten cel.

2.

Czasowa niezdolność do pracy lub nauki (dla wariantu I lub wariantu II)

- 1) Z powodu czasowej niezdolności do pracy lub nauki wypłacane jest świadczenie jednorazowe w formie ryczałtu w wysokości 2% sumy ubezpieczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek objęty umową ubezpieczenia doprowadził do utraty zdolności do pracy lub nauki trwającej nieprzerwanie przez minimum 30 dni.
- 2) Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy lub nauki może obejmować jedynie umowa ubezpieczenia zawarta na rzecz osób dorosłych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub dzieci i młodzieży szkolnej.
- 3) Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy lub nauki wypłacane jest na podstawie przedłożonej kopii druku zwolnienia lekarskiego (druk ZUS ZLA) w przypadku osób pracujących lub – dla pozostałych osób – kopii zwolnienia lekarskiego na dowolnym druku z podaniem przyczyny zwolnienia oraz z pieczęcią lekarza, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez placówkę oświatową, a także po potwierdzeniu uznania jego zasadności przez lekarza wskazanego przez Allianz.
- 4) Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy lub nauki wynikające z tego samego nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest tylko raz.
- 5) Świadczenie nie przysługuje, jeżeli w chwili nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony, będący osobą dorosłą, nie był zatrudniony na podstawie umowy o pracę lub w przypadku dzieci i młodzieży szkolnej – nie był wpisany na listę uczniów danej placówki oświatowej w dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, pomimo opłacenia dodatkowej składki.
- 6) Świadczenie nie przysługuje, jeżeli czasowa niezdolność do nauki jest związana jedynie ze zwolnieniem lekarskim z zajęć wychowania fizycznego.

3.

Zasiłek szpitalny w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dla wariantu I lub wariantu II)

- 1) Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego umową ubezpieczenia Ubezpieczony znalazł się w szpitalu w celu leczenia lub diagnostyki po urazie, a początek hospitalizacji nastąpił w okresie nie późniejszym niż druga doba od wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, Allianz zobowiązany jest do wypłaty zasiłku szpitalnego w wysokości 0,2% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu, nie dłużej jednak niż przez 365 dni, z zastrzeżeniem poniższego pkt 2.
- 2) Allianz dokonuje wypłaty świadczenia z tytułu zasiłku szpitalnego, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 2 dni.
- 3) Allianz zastrzega sobie prawo do nieuwzględniania, przy ustalaniu za-

sadności wypłaty oraz wysokości świadczenia, dni objętych przepustką w trakcie pobytu w szpitalu.

- 3) Jeżeli Ubezpieczony przebywał na OIOM przez co najmniej dwa dni, Allianz dokonuje wypłaty świadczenia z tytułu zasiłku szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu na OIOM, w podwójnej wysokości zasiłku szpitalnego, maksymalnie jednak do pięciu dni pobytu na OIOM. Za każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu Allianz wypłaca zasiłek w wysokości 0,2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
- 4) Zasiłek szpitalny jest wypłacany za pierwszą hospitalizację następującą bezpośrednio po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, jak również każdą kolejną hospitalizację związaną z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem.

4.

Świadczenia opiekuńcze (dla wariantu I lub wariantu II)

- 1) Allianz za pośrednictwem Centrum Operacyjnego gwarantuje następujące świadczenia opiekuńcze do łącznego limitu 1000 zł (opcja I) lub 2000 zł (opcja II) w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku, w zależności od limitu wskazanego w umowie ubezpieczenia:
 - a) wizyta pielęgniarki – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi objętemu ochroną ubezpieczeniową, Allianz gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów honorariów;
 - b) dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi objętemu ochroną ubezpieczeniową i w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia, Allianz pokrywa koszty dostarczenia leków; Allianz nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie aptek;
 - c) organizacja prywatnych lekcji dla dzieci i młodzieży szkolnej – jeżeli Ubezpieczony, na podstawie zwolnienia lekarskiego, będzie musiał przebywać w domu powyżej 7 dni, Allianz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
 - d) organizacja opieki dla dzieci w przedszkolach i żłobkach – jeżeli Ubezpieczony, na podstawie zwolnienia lekarskiego, będzie musiał przebywać w domu powyżej 7 dni, Allianz zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego. Niższe świadczenie jest realizowane na wniosek przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;
 - e) opieka psychologa dla osób dorosłych – jeżeli na skutek nieszczęśliwego wypadku lub w trudnych sytuacjach losowych (zgon dziecka lub urodzenie martwego dziecka, zgon współmałżonka, choroba Ubezpieczonego), będzie wskazana, zdaniem lekarzy Centrum Operacyjnego, konsultacja z psychologiem, Allianz zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa; Allianz na prośbę Ubezpieczonego zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego;
- 2) W opcji I i II Allianz za pośrednictwem Centrum Operacyjnego gwarantuje Ubezpieczonemu oraz jego przedstawicielom ustawowym następujące zdrowotne usługi informacyjne:
 - a) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
 - b) informowanie o czynnych przez całą dobę aptekach na terenie RP;
 - c) informacje na temat profilaktyki zachorowań na grype;
 - d) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży itp.;
 - e) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - f) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - g) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - h) informacje o dietach, zdrowym żywnieniu;
 - i) grupy wsparcia: narkomania, alkoholizm, nikotynizm, przemoc domowa, chore dzieci, choroba nowotworowa, cukrzyca, otyłość, anoreksja, bulimia, zawał serca, kobiety w trudnej sytuacji rodzinnej, samotne matki, mastektomia, depresja;
 - j) informacje dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne;
 - k) dostęp do infolinii medycznej – polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum Operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania.
- 3) W opcji I i II Allianz za pośrednictwem Centrum Operacyjnego gwarantuje pomoc medyczną za granicą w razie zajścia nagłego zachorowania lub

nieszczęśliwego wypadku poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania Ubezpieczonego. Allianz gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Allianz pokrywa koszty jednej wizyty lekarskiej do równowartości 200 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność Allianz ograniczona jest do dwóch wizyt w ciągu okresu ubezpieczenia. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić chęć wyjazdu do Centrum Operacyjnego na siedem dni przed planowaną datą podróży. Centrum Operacyjne czynne jest 24 godziny na dobę przez 365 dni w roku.

5.

Zasiłek szpitalny w wyniku zatrucia (dla wariantu I)

- Jeżeli w wyniku zatrucia Ubezpieczony znalazł się w szpitalu, a początek hospitalizacji nastąpił w okresie nie późniejszym niż druga doba od wystąpienia zatrucia, Allianz zobowiązany jest do wypłaty zasiłku szpitalnego w wysokości 0,2% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu nie dłuższy jednak niż przez 90 dni, z zastrzeżeniem pkt 2 poniżej.
- Allianz dokonuje wypłaty świadczenia z tytułu zasiłku szpitalnego, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni.
- Allianz zastrzega sobie prawo do nieuwzględniania, przy ustalaniu zasadności wypłaty oraz wysokości świadczenia, dni objętych przepustką w trakcie pobytu w szpitalu.
- Zasiłek szpitalny w wyniku zatrucia jest wypłacany za pierwszą hospitalizację następującą bezpośrednio po zatruciu, jak również każdą kolejną hospitalizację związaną z tym samym zatruciem.

6.

Poważne zachorowania (dla wariantu I)

- W razie wystąpienia poważnego zachorowania, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia.
- Odpowiedzialnością Allianz objęte jest wystąpienie następujących poważnych zachorowań u dzieci i młodzieży:
 - nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami,
 - krańcowa niewydolność nerek,
 - zapalenie mózgu,
 - schyłkowa niewydolność wątroby,
 - cukrzyca,
 - dystrofia mięśniowa,
 - guzy śródczaszkowe,
 - śpiączka,
 - posocznica (sepsa),
 - przeszczep.
- W czasie trwania odpowiedzialności Allianz z tytułu poważnego zachorowania może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego poważnego zachorowania Ubezpieczonego (tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego). Odpowiedzialność Allianz z tytułu wystąpienia kolejnych poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne poważne zachorowania, zgodnie z wiedzą medyczną, nie wynikają bezpośrednio lub pośrednio z poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego, za które wypłacono świadczenie.

7.

Świadczenie na wypadek śmierci przedstawiciela ustawowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dla wariantu I)

- Świadczenie wypłacane jest w razie stwierdzenia bezpośredniego związku śmierci przedstawiciela ustawowego z nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ przedstawiciel ustawowy.
- Świadczenie na wypadek śmierci przysługuje, jeżeli śmierć przedstawiciela ustawowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu jednego roku od daty zaistnienia wypadku.
- Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci przedstawiciela ustawowego wynosi 2 000 zł.

8.

Operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dla wariantu I)

- Allianz wypłaca świadczenie z tytułu operacji będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku w procencie sumy ubezpieczenia odpowiadającym odpowiednim zabiegom operacyjnym zgodnie z poniższą Tabelą operacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, maksymalnie jednak do wysokości 100% sumy określonej w umowie ubezpieczenia.

Tabela operacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
Operacje oka	
Usunięcie gałki ocznej	25
Operacyjne leczenie urazu gałki ocznej	15
Operacja naprawcza odwarstwienia siatkówki (bez kriopeksji i laseroterapii)	5
Operacje nosa	
Operacyjne leczenie złamania kości grzbietu lub nasady nosa	5
Operacje czaszki	
Trepanacja czaszki	10
Operacyjne leczenie złamań szczęki	30
Operacyjne leczenie złamań żuchwy	20
Leczenie złamań podstawy czaszki	30
Operacje w obrębie klatki piersiowej	
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia płuc	40
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia przełyku	40
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia żeber	5
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia mostka	10
Operacje w obrębie jamy brzusznej	
Zwiadowcze otwarcie jamy brzusznej	10
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia żołądka – resekcja	25
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia żołądka – zeszyście	10
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia jelita – resekcja	20
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia jelita – zeszyście	10
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia wątroby	20
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych (bez pęcherzyka żółciowego)	40
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia trzustki	25
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia śledziony – usunięcie całkowite	20
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia śledziony – zeszyście	10
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia nerki – usunięcie całkowite	25
Zwiadowcze otwarcie jamy brzusznej	10
Operacje w obrębie miednicy	
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia cewki moczowej	20
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia pęcherza	20
Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia jądra	10
Operacyjne leczenie złamań kości	
Kręgosłupa	40
Obręczy barkowej	20
Miednicy	25
Ramienia	10
Przedramienia	8
Uda	13
Podudzia	10
Obojczyka	5
Śródstopia	5
Stępu	5
Nadgarstka	5
Śródreżca	5
Rzępki	5
Łąkotki	5

- 2) Leczenie na wyciągu bezpośrednim (szkieletowym) nie jest uważane za leczenie operacyjne złamania.
- 3) Świadczenie wypłacane jest za jedną operację w wyniku nieszczęśliwego wypadku w obrębie tego samego narządu, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, który wystąpił w trakcie trwania okresu ubezpieczenia.
- 4) Wysokość świadczenia z powodu mnogich urazów w obrębie czaszki podlega sumowaniu maksymalnie do 100%.

9.

Zawał serca albo udar mózgu (dla wariantu II)

- 1) Allianz wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu wystąpienia pierwszego w życiu zawału serca albo pierwszego w życiu udaru mózgu (zdefiniowanych w § 1 ust. 7 niniejszych o.w.u.), które wymagają hospitalizacji, pod warunkiem wystąpienia tych chorób u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) Świadczenie na wypadek zawału serca albo udaru mózgu dotyczy łącznie osób, które w dniu zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyły 60 roku życia i trwa do końca okresu ubezpieczenia wskazanego w polisie, w którym Ubezpieczony ukończy 60 rok życia.

10.

Trwała niezdolności do pracy (dla wariantu II)

- 1) W razie powstania trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, będącego osobą dorosłą, na skutek nieszczęśliwego wypadku objętego umową ubezpieczenia, Allianz zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
- 2) Allianz zobowiązuje się do wypłaty świadczenia, o którym mowa w pkt 1), jeżeli niezdolność do pracy Ubezpieczonego trwała nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy od chwili nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.

2.

Umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie pełnym, tj. ochrona ubezpieczeniowa obejmuje świadczenia związane z następstwami nieszczęśliwych wypadków, jakim może ulec Ubezpieczony przy wykonywaniu czynności zawodowych (szkolnych) i w życiu prywatnym – 24 godziny na dobę, na całym świecie, z zastrzeżeniem, że transport medyczny, świadczenia opiekuńcze wskazane w § 4 ust. 4 pkt. 1 i 2 oraz koszty leczenia wskazane w § 4 ust. 1 świadczone są jedynie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

3.

Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie imiennej lub bezimiennej:

- 1) w przypadku ubezpieczenia w formie imiennej:
 - a) minimalna liczba osób ubezpieczonych w grupie dzieci i młodzieży (wariant I) lub osób dorosłych (wariant II) wynosi 50% liczby osób zakwalifikowanych do danej grupy (wariant I lub wariant II) w ubezpieczonej placówce oświatowej;
 - b) ochroną ubezpieczeniową objęte są jedynie osoby wymienione na dołączonej do polisy liście osób, niezależnie od tego, czy przynależą przez cały okres ubezpieczenia do grupy wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 ust 2 pkt. 5;
 - c) w czasie trwania okresu ubezpieczenia do ubezpieczenia mogą przystępować nowe osoby, pod warunkiem zgłoszenia do Allianz oraz opłacenia dodatkowej składki;
- 2) w przypadku ubezpieczenia w formie bezimiennej:
 - a) ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie osoby należące do określonej w polisie grupy osób: dzieci i młodzież albo dzieci i młodzież oraz osoby dorosłe, pod warunkiem że w trakcie trwania okresu ubezpieczenia stan osób nie zmieni się o więcej niż 10% początkowej liczby osób;
 - b) w czasie trwania okresu ubezpieczenia wszystkie osoby nowo przyjęte do określonej w polisie grupy osób są automatycznie objęte ochroną ubezpieczeniową od dnia takiego przyjęcia, bez konieczności opłacenia dodatkowej składki, pod warunkiem że do ubezpieczenia nie przystąpi więcej niż 10% początkowej liczby osób;
 - c) w przypadku przystąpienia lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia więcej niż 10% początkowej liczby osób, należy zgłosić ten fakt do Allianz. Składka za osoby przystępujące oraz występujące zostanie rozliczona na koniec okresu ubezpieczenia.

4.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na rachunek osób, które w dniu zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyły 65 roku życia, z wyjątkiem umów bezimiennych, w których wiek nie jest brany pod uwagę, z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 9 pkt 2.

5.

Ubezpieczający, w porozumieniu z Allianz, określa rodzaje świadczeń obejmowanych zakresem zawieranej przez niego umowy ubezpieczenia. W przypadku umów zawieranych w formie bezimiennej rodzaje świadczeń oraz sumy ubezpieczenia są jednakowe w odniesieniu do wszystkich osób w danej grupie objętych ubezpieczeniem (dzieci i młodzież lub osoby dorosłe).

6.

Zawarcie umowy ubezpieczenia Allianz potwierdza polisą ubezpieczeniową.

§ 6

Początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej

1.

O ile strony nie postanowiły inaczej, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty podanej w polisie, pod warunkiem opłacenia składki w wyznaczonym w polisie terminie, a kończy się z upływem okresu, na jaki jej udzielono.

2.

Ochrona ubezpieczeniowa dla osób przystępujących w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, zawartej w formie imiennej, rozpoczyna się od pierwszego dnia kolejnego miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej po zgłoszeniu tej osoby do Allianz i opłaceniu dodatkowej składki (łącznie za wszystkie osoby przystępujące w danym miesiącu trwania ochrony ubezpieczeniowej).

3.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- 1) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
- 2) w ostatnim dniu miesiąca, w którym zlikwidowano placówkę oświatową;
- 3) z upływem okresu, na jaki zawarto umowę ubezpieczenia.

4.

Ubezpieczający, będący przedsiębiorcą, ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy, pozostali Ubezpieczający mają prawo odstąpić od umowy w terminie 30 dni od jej zawarcia.

5.

Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego ze skutkiem na koniec miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej, w którym Allianz otrzymał informację o wypowiedzeniu umowy.

§ 7

Składka ubezpieczeniowa

1.

Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

2.

Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie taryfy składek, obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Przy ustalaniu wysokości składki Allianz bierze pod uwagę: wysokość sumy ubezpieczenia, wybrany wariant ubezpieczenia (I lub II), rodzaje świadczeń dodatkowych i ich wysokość oraz placówkę oświatową, do jakiej przynależy dana grupa, obejmowana ochroną ubezpieczeniową.

3.

Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo, o ile nie umówiono się inaczej.

4.

Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić składkę lub jej pierwszą ratę w terminie płatności określonym w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w ciągu 60 dni od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.

5.

Za dokonanie opłaty składki ubezpieczeniowej lub jej raty uważa się przekazanie Allianz, w terminie określonym w umowie ubezpieczenia, należnej kwoty składki lub raty udokumentowane w formie:

- 1) kwitariusza wpłaty gotówkowej potwierdzonego przez agenta;
- 2) potwierdzenia dokonania przelewu na właściwy rachunek bankowy Allianz;
- 3) dowodu dokonania wpłaty za pomocą przekazu pocztowego na właściwy rachunek bankowy Allianz;
- 4) kwitariusza wpłaty potwierdzonego przez agenta w razie płatności za pomocą karty płatniczej.

6.

Jeżeli Allianz ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie zostały zapłacone w terminie, Allianz może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, w którym ponosił odpowiedzialność.

7.

W razie rozwiązania umowy przed końcem okresu ubezpieczenia oznaczonym w polisie Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacenia składki za okres, w którym Allianz udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

8.

W przypadku rozwiązania umowy Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

9.

W razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki w pełnej wysokości.

10.

Składkę uważa się za nieopłaconą, jeżeli wysokość składki lub jej raty, przekazanej na rachunek Allianz, jest niższa niż określona w umowie ubezpieczenia.

11.

W razie opłacania składki w ratach, niezapłacenie kolejnej raty powoduje ustanie odpowiedzialności Allianz, jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci zaległej raty pomimo wezwania go do zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

§ 8

Wyłączenia odpowiedzialności

1.

Zakres ubezpieczenia wszystkich świadczeń podstawowych oraz świadczeń dodatkowych nie obejmuje:

- 1) nieszczęśliwych wypadków spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego: samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa, samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności;
- 2) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach;
- 3) nieszczęśliwych wypadków będących następstwem wszelkich stanów chorobowych, w tym następstw chorób psychicznych;
- 4) skutków zawału serca albo udaru mózgu;
- 5) nieszczęśliwych wypadków będących bezpośrednio wynikiem działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
- 6) skutków nieszczęśliwych wypadków, powstałych podczas prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu;
- 7) poddania się leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem;
- 8) wszelkich wydarzeń powstałych na terenach objętych działaniami wojennymi o zasięgu lokalnym i międzynarodowym oraz aktami terroru, z zastrzeżeniem klauzuli nieoczekiwanej wojny lub aktu terroru;
- 9) skutków zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 10) skutków nieszczęśliwych wypadków bezpośrednio lub pośrednio spowodowanych energią jądrową, promieniowaniem radioaktywnym i polem magnetycznym w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii, zgodnie z zaleceniami lekarskimi;

- 11) skutków nieszczęśliwego wypadku lotniczego; nie dotyczy to sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 12) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
- 13) skutków nieszczęśliwych wypadków powstałych podczas wykonywania zadań kaskaderskich;
- 14) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu;
- 15) amatorskiego uprawiania sportów wysokiego ryzyka;
- 16) konsekwencji nieszczęśliwych wypadków w postaci: chorób psychicznych, encefalopatii pourazowych, nerwic.

2.

Zakres ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych, niezależnie od postanowień pkt 1, dodatkowo nie obejmuje:

- 1) świadczeń uzyskanych przez Ubezpieczonego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, za wyjątkiem pomocy medycznej za granicą opisaną w § 4 ust. 4 pkt 3);
- 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności;
- 3) kosztów transportu leków nieprzepisanych przez lekarza prowadzącego oraz kosztów zakupu leków;
- 4) kosztów świadczeń wymienionych w § 4 ust. 4 niniejszych o.w.u., jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego.

3.

Zakres ubezpieczenia kosztów leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od postanowień pkt 1, dodatkowo nie obejmuje:

- 1) zabiegów ze wskazań estetycznych, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1 pkt 5c;
- 2) leczenia przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego;
- 3) zabiegów lub leczenia nieuznanego w sposób naukowy i medyczny;
- 4) kosztów leczenia powstałych w wyniku niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego;
- 5) kosztów artykułów żywnościowych i odżywek;
- 6) kosztów pielęgnacji chorych oraz podróży i pobytów w celach leczniczych w sanatoriach i uzdrowiskach;
- 7) kosztów leczenia odwykowego.

4.

Zakres ubezpieczenia z tytułu zasiłku szpitalnego, niezależnie od postanowień pkt 1, dodatkowo nie obejmuje pobytu w szpitalu w celu leczenia odwykowego.

5.

Zakres ubezpieczenia poważnych zachorowań dzieci i młodzieży, niezależnie od postanowień pkt 1, dodatkowo nie obejmuje:

- 1) poważnych zachorowań będących bezpośrednio lub pośrednio wynikiem zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- 2) poważnych zachorowań będących bezpośrednio lub pośrednio wynikiem wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
- 3) poważnych zachorowań, w sytuacji gdy Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie poddał się zaleconemu przez lekarza leczeniu, co miało wpływ na rozwój choroby, o ile istniała możliwość przypisania Ubezpieczonemu umyślności bądź rażącego niedbalstwa.

6.

Zakres ubezpieczenia operacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, niezależnie od postanowień pkt 1, dodatkowo nie obejmuje zatrucia alkoholem.

7.

Rozmiar doznanych krzywd, cierpień i bólu nie jest przedmiotem świadczenia Allianz ani nie wpływa na jego wysokość.

§ 9

Postępowanie powypadkowe oraz wypłata świadczeń

1.

Postanowienia dotyczące świadczeń podstawowych oraz świadczeń dodatkowych

- 1) Wypłata świadczenia z tytułu: uszczerbku na zdrowiu, podwójnego świadczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu, trwałego uszczerbku na zdrowiu, podwójnego świadczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, śmierci, przeszkolenia zawodowego inwalidów, kosztów leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zasiłku szpitalnego, czaso-

- wej niezdolności do pracy lub nauki, trwałej niezdolności do pracy, o ile są one objęte ochroną ubezpieczeniową, następuje tylko w razie stwierdzenia związku przyczynowego z nieszczęśliwym wypadkiem.
- 2) Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty zawierające w szczególności:
 - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) protokół BHP – jeżeli nieszczęśliwy wypadek jest kwalifikowany jako wypadek w pracy;
 - c) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego lub przedstawiciela ustawowego;
 - d) notatkę policyjną w przypadku zawiadomienia policji;
 - e) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji.
 - 3) Podstawą do wypłaty przez Allianz świadczeń jest przedstawienie oryginałów wymaganych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem, chyba że w dalszych ustępach mowa jest o oryginałach dokumentów. Kopie dokumentów mogą zostać poświadczone za zgodność z oryginałem przez jedną z niżej wymienionych osób:
 - a) pracownika instytucji wystawiającej dany dokument;
 - b) notariusza;
 - c) pracownika działu kadr, kadry kierowniczej lub księgowości Ubezpieczającego;
 - d) osobę obsługującą polisę u Ubezpieczającego;
 - e) uprawnione osoby wskazane przez Allianz.
 - 4) Po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania w celu złagodzenia skutków nieszczęśliwego wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
 - 5) W razie zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy, leczenia powypadkowego, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony podobnie jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego byłby stwierdzony po przeprowadzeniu zaleconego leczenia.
 - 6) Naruszenie obowiązków określonych w ust. 4 i 5 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.
 - 7) Zasadność przyznania świadczeń potwierdzają lekarz lub lekarze wskazani przez Allianz.
 - 8) Dla zdarzeń wypadkowych zaistniałych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dopuszcza się przedłożenie Allianz dokumentacji medycznej w języku angielskim, jak również w języku obowiązującym w państwie, na terenie którego wystąpił nieszczęśliwy wypadek.
 - 9) Świadczenia wynikające z umowy ubezpieczenia są wypłacane w złotych polskich.
 - 10) Allianz wypłaca świadczenie niezwłocznie, w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem pkt 11.
 - 11) Gdyby w terminie wskazanym w pkt 10 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 pkt 10.
 - 12) Bezsporna część świadczenia jest orzekana na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji.
 - 13) Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, zwalnia lekarzy prowadzących z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej wobec Allianz i wyraża zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej lekarzom uprawnionym oraz lekarzom Centrum Operacyjnego.
 - 14) Świadczenia przysługujące Ubezpieczonemu na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia wymienione w § 2 ust. 1, § 3 ust. 1 i 4, § 4 ust. 1, 2, 3, 4, 5, 8 niniejszych o.w.u., należne są z tytułu każdego zdarzenia zaistniałego w okresie ubezpieczenia.

2.

Postanowienia dotyczące uszczerbku na zdrowiu (wariant I)

- 1) Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty zawierające w szczególności:
 - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego lub przedstawiciela ustawowego;
 - c) dokumentację medyczną, w której odnotowano fakt i zakres udzielenia pomocy po zdarzeniu.

- 2) Allianz zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia uszczerbku na zdrowiu.
- 3) Uszczerbek na zdrowiu wskazuje Allianz na podstawie dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem, że:
 - a) wysokość świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie Tabeli oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszych o.w.u.;
 - b) ustalenie wystąpienia uszczerbku na zdrowiu może podlegać weryfikacji przez regionalnego konsultanta medycznego Allianz lub lekarza uprawnionego.
 - c) w przypadku ujawnienia się odległych konsekwencji zdrowotnych zdarzenia, nie uwzględnionych w ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu zgodnie z pkt 3 ppkt a, podstawą do weryfikacji wysokości przyznanego uszczerbku na zdrowiu jest przedstawiona dokumentacja medyczna z dalszego procesu leczenia.
- 4) Przy ustaleniu wysokości świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- 5) Jeżeli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał kilku uszczerbków na zdrowiu to świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu zostaje zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100 % sumy ubezpieczenia.
- 6) Jeżeli Ubezpieczony zmarł z powodów niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem, a świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie zostało wcześniej określone, to wysokość świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu określają, zgodnie z wiedzą medyczną, lekarze wskazani przez Allianz na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

3.

Postanowienia dotyczące trwałego uszczerbku na zdrowiu (wariant II)

- 1) Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty zawierające w szczególności:
 - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) protokół BHP – jeżeli nieszczęśliwy wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy;
 - c) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego lub przedstawiciela ustawowego;
 - d) dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji;
 - e) zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji;
 - f) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji;
 - g) postanowienie o umorzeniu dochodzenia/śledztwa – jeżeli było prowadzone postępowanie;
- 2) Allianz zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 3) Allianz zwraca Ubezpieczonemu wydatki poniesione na przejazdy transportem publicznym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanych przez Allianz miejsc orzekania lekarzy Allianz, na podstawie dokumentu wskazującego środek transportu i kwotę poniesionych wydatków (np. bilet komunikacji miejskiej, bilet PKP). Koszty dojazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna są refundowane wyłącznie po uprzednim zaakceptowaniu i potwierdzeniu na piśmie przez Allianz zasadności takiego wyboru. Akceptacja powyższa może wystąpić wyłącznie przed wskazanym terminem komisji.
- 4) Wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Allianz, z zastrzeżeniem, że:
 - a) procent trwałego uszczerbku na zdrowiu jest orzekany na podstawie Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w Allianz w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i dostarczonej Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - b) orzeczenie lekarza orzekającego Allianz o wystąpieniu u Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku może podlegać weryfikacji przez regionalnego konsultanta medycznego Allianz lub lekarza uprawnionego w zakresie zgodności z procedurami orzekania;
 - c) ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu w ostatecznej wysokości następuje niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24 miesiąca od dnia nieszczęśliwego wypadku;
 - d) w przypadku ujawnienia się odległych konsekwencji zdrowotnych zdarzenia, nie uwzględnionych w ustaleniu procenta trwałego uszczerbku na zdrowiu zgodnie z pkt 4 a, podstawą do weryfikacji wy-

- sokości przyznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu jest przedstawiona dokumentacja medyczna z dalszego procesu leczenia;
- e) w razie trzykrotnego niestawienia się Ubezpieczonego – bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawienictwo – na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, pomimo trzykrotnego pisemnego powiadomienia na ostatni podany przez Ubezpieczającego (Ubezpieczonego) adres, Allianz zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia.
- 5) Przy ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 - 6) Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 - 7) W razie zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego leczenia powypadkowego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony podobnie jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego byłby stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.
 - 8) W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, których funkcje przed nieszczęśliwym wypadkiem były już upośledzone, procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stanem po wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem.
 - 9) Allianz określa jako bezsporną taką część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wielkości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.
 - 10) Jeżeli Ubezpieczony zmarł z powodów niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem, a stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu nie został wcześniej określony, to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określają zgodnie z wiedzą medyczną lekarze wskazani przez Allianz na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
 - 11) Jeżeli jedną z przyczyn zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego było przeciążenie, przy orzekaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Allianz dokona wnikliwej analizy wywiadu medycznego i stanu zdrowia Ubezpieczonego przed zdarzeniem ubezpieczeniowym i ustali procent trwałego uszczerbku na zdrowiu adekwatny do stanu zdrowia przed urazem oraz do czynnika sprawczego i mechanizmu zdarzenia.

4.

Postanowienia dotyczące śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

- 1) Podstawą do wypłaty przez Allianz świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest złożenie odpowiednich dokumentów, w szczególności:
 - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) akt zgonu;
 - c) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu i zajście zdarzenia;
 - d) opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
 - e) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji;
 - f) protokół BHP – jeżeli nieszczęśliwy wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy;
 - g) dokument potwierdzający tożsamość Uposażonego;
 - h) dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia;
 - i) postanowienie o umorzeniu dochodzenia/śledztwa – jeżeli było prowadzone postępowanie;
- 2) Prawo do odebrania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego przysługuje osobie Uposażonej.
- 3) W przypadku niewyznaczenia osoby Uposażonej albo gdy Uposażony nie żył w dniu śmierci Ubezpieczonego, albo gdy Uposażony utracił prawo do świadczenia – świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - a) współmałżonkowi;
 - b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli nie ma współmałżonka;
 - c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli nie ma dzieci i współmałżonka Ubezpieczonego;
 - d) dalszym spadkobiercom ustawowym, jeśli nie ma wyżej wymienionych osób.
- 4) Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnym czynem karalnym spowodowała śmierć Ubezpieczonego.

5.

Postanowienia dotyczące śmierci przedstawiciela ustawowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

- 1) Podstawą do wypłaty przez Allianz świadczenia na wypadek śmierci przedstawiciela ustawowego jest złożenie odpowiednich dokumentów w szczególności:
 - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) akt zgonu;
 - c) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu i zajście zdarzenia;
 - d) opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
 - e) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji;
 - f) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
 - g) postanowienie o umorzeniu dochodzenia/śledztwa – jeżeli było prowadzone postępowanie;
- 2) Prawo do otrzymania świadczenia w razie śmierci przedstawiciela ustawowego przysługuje Ubezpieczonemu.
- 3) Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnym czynem karalnym spowodowała śmierć Ubezpieczonego.

6.

Postanowienia dotyczące transportu medycznego oraz świadczeń opiekuńczych

- 1) Po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z Centrum Operacyjnym i przekazać operatorowi Centrum Operacyjnego następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - c) numer polisy;
 - d) okres ubezpieczenia;
 - e) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;
 - f) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
 - g) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
- 2) Ubezpieczony – na wniosek Centrum Operacyjnego – zobowiązany jest umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego dostęp do wszystkich informacji medycznych, dołączyć wszelkie zaświadczenia, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne z diagnozą choroby, recepty, a także – w razie występowania o refundację uprzednio zaakceptowaną przez Centrum Operacyjne – oryginały rachunków i dowodów ich zapłaty.
- 3) Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń opiekuńczych przekroczy limit kosztów określony w warunkach, może być ona wykonana przez Centrum Operacyjne, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Allianz limitem.
- 4) W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty transportu medycznego, Allianz może zwrócić Ubezpieczonemu w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego najpóźniej w ciągu pięciu dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do transportu medycznego i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne dokumentów określonych w pkt 2. Zwrot kosztów będzie następował do wysokości przyznanego limitów, po ich zaakceptowaniu przez Centrum Operacyjne. Allianz zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniósłby w przypadku organizowania transportu medycznego we własnym zakresie.
- 5) Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 3, rozumie się datę wystawienia skierowania lekarskiego lub datę wypisu ze szpitala.

7.

Postanowienia dotyczące przeszkolenia zawodowego inwalidów

Po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany przedłożyć Allianz dokumenty wskazane w ust. 1 pkt 2 niniejszego paragrafu oraz decyzję organu rentowego, w której orzeczono celowość przeszkolenia zawodowego, z adnotacją o niemożności pokrycia kosztów w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych oraz oryginały rachunków i dowody ich zapłaty w celu refundacji poniesionych kosztów przeszkolenia zawodowego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

8.

Postanowienia dotyczące kosztów leczenia poniesionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

- 1) Po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz dokumenty wskazane w ust. 1 pkt 2 niniejszego paragrafu oraz oryginały rachunków i dowody ich zapłaty w celu refundacji poniesionych kosztów leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
- 2) Jeżeli w chwili zgłoszenia roszczenia proces leczenia i rehabilitacji został zakończony, Ubezpieczony do druku zgłoszenia załącza wszelkie oryginały rachunków/faktur związanych z leczeniem. W sytuacji gdyby proces leczenia i rehabilitacji w chwili zgłoszenia roszczenia nie został zakończony, Ubezpieczony zobowiązuje się niezwłocznie dostarczyć wszystkie kolejne rachunki/fakture, z zastrzeżeniem, że ich minimalna sumaryczna wartość będzie nie mniejsza niż 100 złotych.

9.

Postanowienia dotyczące czasowej niezdolności do pracy lub nauki

Po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz dokumenty wskazane w ust. 1 pkt 2 niniejszego paragrafu oraz kopię druku zwolnienia lekarskiego (druk ZUS ZLA) w przypadku osób pracujących lub – dla pozostałych osób – kopii zwolnienia lekarskiego na dowolnym druku z podaniem przyczyny zwolnienia oraz z pieczęcią lekarza, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez placówkę oświatową, a także kompletną dokumentację medyczną ze wskazaniem diagnozy lekarskiej lekarza prowadzącego. Rozpoznanie medyczne schorzenia, będącego wskazaniem do zwolnienia lekarskiego, musi mieć bezpośredni związek z nieszczęśliwym wypadkiem.

10.

Postanowienia dotyczące zasiłku szpitalnego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz dokumenty wskazane w ust. 1 pkt 2 niniejszego paragrafu oraz kartę wypisu ze szpitala.

11.

Postanowienia dotyczące zawału serca albo udaru mózgu

- 1) Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz następujące dokumenty:
 - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia oraz w szczególności:
 - d) przy zawale serca – kartę wypisu ze szpitala z jednoznacznym rozpoznaniem choroby, wyniki badania EKG, wyniki badania poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi;
 - e) przy udarze mózgu – kartę wypisu ze szpitala z jednoznacznym rozpoznaniem choroby, wyniki badania przy pomocy tomografii komputerowej mózgu lub rezonansu magnetycznego (NMR).
- 2) Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać Allianz również dane placówki medycznej oraz lekarza, pod opieką którego pozostawał przed wystąpieniem zawału serca albo udaru mózgu.

12.

Postanowienia dotyczące trwałej niezdolności do pracy

Po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz dokumenty wskazane w ust. 1 pkt 2 niniejszego paragrafu oraz orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia, niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy, orzeczone przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie.

13.

Postanowienia dotyczące poważnych zachorowań

- 1) Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz następujące dokumenty:
 - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia oraz w szczególności:
 - d) wszelkie dokumenty, jakie Allianz uznaje za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za dokumenty takie uznaje się w szczególności wyniki badań, potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Allianz definicją.

- 2) W razie zgłoszenia roszczenia Allianz zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Allianz lekarza w zakresie i o częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Allianz. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Allianz.

14.

Postanowienia dotyczące pogryzienia przez psa, pokąsania lub pogryzienia przez inne zwierzęta oraz ukąszenia owadów

Po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz dokumenty wskazane w ust. 1 pkt 2 niniejszego paragrafu oraz dokumentację medyczną, w której odnotowano fakt i zakres udzielenia pomocy po zdarzeniu, a także – w przypadku pokąsania lub pogryzienia przez inne zwierzęta oraz ukąszenia owadów – również kartę wypisu ze szpitala.

15.

Postanowienia dotyczące operacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz dokumenty wskazane w ust. 1 pkt 2 niniejszego paragrafu oraz kartę wypisu ze szpitala.

16.

Postanowienia dotyczące zasiłku szpitalnego w wyniku zatrucia

Po wystąpieniu zatrucia Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz dokumenty wskazane w ust. 1 pkt 2 niniejszego paragrafu oraz kartę wypisu ze szpitala.

§ 10

Postanowienia końcowe

1.

Wszelkie roszczenia Allianz lub Ubezpieczonego (Ubezpieczającego), wynikające z niniejszej umowy, ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

2.

Za zgodą obydwu stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych o.w.u. jedynie w formie pisemnej.

3.

Wszelkie zmiany umowy, zawiadomienia i wyjaśnienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

4.

Ubezpieczający jest zobowiązany informować Allianz o każdej zmianie adresu. Jeżeli Ubezpieczający nie powiadomi Allianz o zmianie adresu, pisma kierowane do Ubezpieczającego (Ubezpieczonego) pod ostatnio znany Allianz adres wywierają skutki prawne z chwilą, w której doszłyby do Ubezpieczającego (Ubezpieczonego), gdyby nie zmienił on adresu.

5.

W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych o.w.u. stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawa.

6.

Obowiązującym językiem korespondencji i kontaktów z Allianz jest język polski, z zastrzeżeniem § 9 ust. 1 pkt 8.

7.

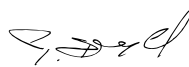
Skargi lub zażalenia, związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uposażony może zgłaszać do Dyrekcji Generalnej Allianz za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Allianz, kompetentnej w kwestii rozpatrzenia sprawy, której skarga lub zażalenie dotyczy. Skargi lub zażalenia mogą być również kierowane do rzeczownika ubezpieczonych.

8.

Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla

siedziby Allianz w Warszawie), albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

9.
Niniejsze o.w.u. zostały przyjęte uchwałą Zarządu TU Allianz Polska S.A. nr 46/2009 z dnia 9 kwietnia 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 10 kwietnia 2009 r.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Michael Müller
Wiceprezes Zarządu



Stanisław Borkowski
Członek Zarządu



Piotr Dzikiewicz
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Członek Zarządu

Tabela oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenia głowy		
1)	Ubytki w kościach czaszki – o charakterze wgłobień, szczeliny lub fragmentacje, niezależnie od rozległości	5
2)	Złamania podstawy czaszki	15
3)	Złamania nosa	5
4)	Złamania szczęki lub żuchwy	10
5)	Utrata częściowa szczęki lub żuchwy	15
6)	Utrata całkowita szczęki lub żuchwy	35
7)	Amputacja nosa w całości	30
8)	Amputacja skrzydełka nosa	10
9)	Amputacja całkowita małżowiny usznej	15
10)	Amputacja całkowita obu małżowin usznych	30
2. Uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy		
1)	Porażenie połowicze utrwalone	100
2)	Całkowita utrata mowy	100
3. Uszkodzenia narządu wzroku, słuchu		
1)	Utrata wzroku w jednym oku	30
2)	Utrata wzroku w obu oczach	100
3)	Utrata słuchu w jednym uchu	30
4)	Obustronna utrata słuchu	60
4. Uszkodzenia klatki piersiowej		
1)	Złamanie mostka	3
2)	Złamanie żebra w przypadku złamania do 4 żeber (za każde żebro)	1
3)	Złamania więcej niż 4 żeber (niezależnie od ilości)	10
5. Uszkodzenia kręgosłupa		
1)	Złamania kręgosłupa szyjnego w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	5
2)	Złamania kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1 — Th11 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
3)	Złamania kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12 — L5 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
6. Uszkodzenia rdzenia		
1)	Całkowite porażenie czterech kończyn (tetraplegia)	100
2)	Całkowite porażenie obu kończyn dolnych	90
3)	Całkowite porażenie obu kończyn górnych	100
7. Uszkodzenia miednicy		
1)	Złamania miednicy bez przerwania ciągłości obręczy biodrowej	8
2)	Złamania miednicy z przerwaniem ciągłości obręczy biodrowej	20
3)	Złamania panewki stawu biodrowego	10
8. Urazy narządu ruchu powodujące unieruchomienie przez co najmniej 7 dni		
1)	Uraz w obrębie kręgosłupa	5
2)	Uraz stawu biodrowego	10
3)	Uraz stawu kolanowego	5
4)	Uraz stawu skokowego	3
5)	Uraz stawu barkowego	7
6)	Uraz stawu łokciowego	3
7)	Uraz stawu nadgarstkowego	3
8)	Uraz stawu w obrębie śródrezcza i palców dłoni	1
9)	Maksymalnie za wiele urazów w obrębie śródrezcza i palców dłoni	5

9. Uszkodzenia jamy brzusznej i narządów moczowo-płciowych		
1)	Utrata fizyczna śledziony	15
2)	Utrata fizyczna jednej nerki	20
3)	Częściowa amputacja prącia	10
4)	Całkowita amputacja prącia	30
5)	Utrata fizyczna jednego jądra lub jajnika	10
6)	Utrata fizyczna obu jąder lub jajników	30
7)	Utrata fizyczna macicy i pochwy	30
10. Uszkodzenia kończyn górnych		
1)	Złamania łopatki	4
2)	Złamania obojczyka	4
3)	Amputacja kończyny w stawie ramienno-łopatkowym	70
4)	Amputacja kończyny wraz z łopatką	75
5)	Złamanie trzonu kości ramiennej	10
6)	Amputacja kończyny na poziomie ramienia	65
7)	Amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90
8)	Złamania dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej	7
9)	Amputacja w stawie łokciowym	60
10)	Złamania dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia	8
11)	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia	7
12)	Amputacja kończyny w obrębie przedramienia lub nadgarstka	50
13)	Złamania nadgarstka	5
14)	Amputacja dłoni na poziomie nadgarstka	50
15)	Złamania pojedynczej kości śródreżca	3
16)	Złamania kości śródreżca – trzech lub więcej	8
17)	Amputacja w zakresie kciuka (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	5
18)	Amputacja paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawnego lub obu paliczków	15
19)	Złamania kciuka	3
20)	Amputacja fragmentu opuszki palca	1
21)	Amputacja w obrębie paliczka palca wskazującego (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	4
22)	Amputacja paliczka paznokciowego i/lub paliczka środkowego	7
23)	Amputacja trzech paliczków	10
24)	Złamania palca wskazującego	3
25)	Amputacja dwóch lub trzech paliczków w zakresie palców III, IV lub V	5
26)	Złamania w obrębie palców dłoni III, IV lub V (za każdy palec)	2
27)	Złamania w obrębie palców jednej dłoni III, IV lub V (dwa lub więcej, bez palca wskazującego)	4
28)	Złamania w obrębie palców jednej dłoni III, IV lub V (dwa lub więcej, w tym palec wskazujący)	6
29)	Amputacja pięciu palców jednej ręki	40
11. Uszkodzenia kończyn dolnych		
1)	Złamania bliższego końca kości udowej (złamania szyjki, złamania przez- i podkrętarzowe, złamania krętarzy)	15
2)	Amputacja kończyny dolnej przez wyłuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	75
3)	Amputacja obu kończyn dolnych przez wyłuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	90
4)	Złamania kości udowej	15
5)	Amputacja kończyny na poziomie uda	55
6)	Złamania nasad tworzących staw kolanowy i rzepki	10
7)	Amputacja kończyny na poziomie kolana	50
8)	Złamania jednej lub obu kości podudzia	10
9)	Amputacja kończyny w obrębie podudzia	45
10)	Złamania w obrębie stawu skokowo-goleniowego lub stawu skokowo-piętowego	5

11)	Złamania kości skokowej lub piętowej	5
12)	Złamania kości stępu	4
13)	Złamania kości śródstopia	2
14)	Złamania trzech i więcej kości śródstopia	5
15)	Amputacja stopy w obrębie śródstopia	20
16)	Amputacja stopy w stawie Lisfranca	25
17)	Amputacja stopy w stawie Choparta	30
18)	Amputacja stopy w całości	35
19)	Amputacja obu stóp	70
20)	Amputacja w obrębie paliczka paznokciowego i utrata całego paliczka	3
21)	Amputacja całego palucha	8
22)	Złamania palucha	2
23)	Amputacja w zakresie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	3
24)	Złamania w obrębie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	1,5
25)	Złamania w obrębie palców jednej stopy II, III, IV lub V (dwa lub więcej, bez palucha)	3
26)	Złamania w obrębie palców jednej stopy II, III, IV lub V (dwa lub więcej, w tym paluch)	4
12. Utrata lub złamanie zęba stałego		
1)	Siekaczy i kłów (za każdy ząb)	1,5
2)	Pozostałych zębów (za każdy ząb)	1
13. Urazowa utrata zęba mlecznego		
1		
14. Rana cięta, szarpana lub miażdżona		
1)	w obrębie twarzy, szyi, dłoni	2
2)	w obrębie pozostałych części ciała	1
15. Wstrząśnienie mózgu		
4		
16. Oparzenia		
1)	II stopnia (< 2% powierzchni ciała)	2
2)	II stopnia (2-14% powierzchni ciała)	4
3)	II stopnia (15-30% powierzchni ciała)	7
4)	II stopnia (> 30% powierzchni ciała)	30
5)	III stopnia (<5% powierzchni ciała)	4
6)	III stopnia (5-15% powierzchni ciała)	7
7)	III stopnia (>15% powierzchni ciała)	30
8)	Dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10
17. Odmrożenia co najmniej II stopnia:		
1)	Palca dłoni lub stopy	1
2)	Nosa lub ucha	3
3)	Więcej niż jednego palca dłoni lub stopy	4
Rodzaj świadczenia		Wysokość świadczenia wyrażona w PLN
18. Wizyta lekarska		60 zł
Wypłata za jedną w okresie ubezpieczenia wizytę lekarską w odniesieniu do Ubezpieczonego, po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku nieskutkującego wskazaniem uszczerbku na zdrowiu w ramach Tabeli oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu, pod warunkiem potwierdzenia zaistnienia nieszczęśliwego wypadku w dokumentacji medycznej.		

Procenty uszczerbku ocenione według powyższej Tabeli za amputację i złamanie w obrębie tego samego narządu nie podlegają sumowaniu.

Procenty uszczerbku ocenione według powyższej Tabeli za uraz narządu ruchu powodujący unieruchomienie przez co najmniej 7 dni i złamanie w obrębie tego samego narządu nie podlegają sumowaniu.

Procent uszczerbku oceniony według powyższej Tabeli za ranę miażdżoną nie podlega sumowaniu z innymi pozycjami Tabeli dotyczącymi tego samego narządu.

Odpowiedzialność Allianz z tytułu nawykowych zwichnięć w odniesieniu do urazów narządów ruchu powodujących unieruchomienie przez co najmniej 7 dni ograniczona jest do jednej wypłaty z tytułu urazu tego samego narządu w ciągu okresu ubezpieczenia.

Infolinia: 0 801 10 20 30
www.allianz.pl

TU Allianz Polska S.A.



Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000028261, NIP 525-15-65-015, REGON 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 347 080 000 złotych (wpłacony w całości).