

Ogólne Warunki Grupowego
Ubezpieczenia na Życie
„Allianz-Rodzina”
indeks GZ 05

Rodzina

Spis treści

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie (indeks GZ 05)	3
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku (indeks GZ NW 03)	9
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku Komunikacyjnego (indeks GZ WK 02)	10
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu (indeks GZ WZ 03)	12
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego (indeks GZ IN 03)	14
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku – Pełna Ochrona (indeks GZ CP 03)	16
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku (indeks GZ CI 03)	18
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (indeks GZ PZ 02)	20
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu (indeks GZ SU 02)	23
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Leczenia Operacyjnego Ubezpieczonego (GZ LO 01)	25
Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Leczenia Operacyjnego Ubezpieczonego – Kategorie trudności leczenia operacyjnego	27
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy z powodu Choroby Zawodowej (indeks GZ CZ 02)	29
Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy z powodu Choroby Zawodowej – Wykaz Chorób Zawodowych	31
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Opiekuńczych dla Ubezpieczonego (indeks GZAU 01)	32
Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Opiekuńczych dla Ubezpieczonego – Limity Świadczeń Opiekuńczych	35
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego (indeks GZ ZM 03)	36
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku (indeks GZ ZN 02)	37
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Współmałżonka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (indeks GZ PW 02)	38
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Współmałżonka w Następstwie Wypadku (indeks GZ IW 02)	41
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka po zgonie Ubezpieczonego (indeks GZ ZU 03)	43
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Współmałżonka (indeks GZ ZR 03)	45
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego (indeks GZ UD 03)	47
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka Ubezpieczonego i Urodzenia się Martwego Dziecka (indeks GZ ZD 03)	48
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego (indeks GZ OD 03)	49
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (indeks GZ PD 02)	50
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Życie z Rachunkiem Inwestycyjnym (indeks GZ FI 02)	52
Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Grupowego Ubezpieczenia na Życie Allianz Rodzina o indeksie GZ 05	56
Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Grupowego Ubezpieczenia na Życie Allianz Rodzina o indeksie GZ 05 – Warianty	57

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie

(indeks GZ 05)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej Towarzystwem – z pracodawcami, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **akt przemocy** – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko Ubezpieczonemu lub odpowiednio Współubezpieczonemu, co zniewała go do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego, przez co swoboda woli Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;
 - 2) **akt terroru** – dokonanie lub groźbę dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego;
 - 3) **data przystąpienia do ubezpieczenia** – datę wskazaną w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia jako datę rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego;
 - 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego;
 - 5) **karencja** – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, na podstawie umowy ubezpieczenia lub dodatkowych umów ubezpieczenia, przez okres wskazany w OWU;
 - 6) **Pracownik** – osobę fizyczną, którą łączy z Ubezpieczającym stosunek prawny opisany w pkt 10);
 - 7) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2 ‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 8) **rocznica polisy** – każdą rocznicę daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 9) **składka** – składkę ochronną w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, przeznaczoną na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym oraz w ramach zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym;
 - 10) **Ubezpieczający** – osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zatrudniającą Ubezpieczonych. Dla potrzeb niniejszych OWU na równi z zatrudnieniem (stosunkiem pracy) traktuje się istnienie pomiędzy Ubezpieczającym i osobami obejmowanymi ubezpieczeniem każdego innego związku (przynależność Ubezpieczonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego, itp.) uzasadniającego – zdaniem Towarzystwa – możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych OWU;
 - 11) **Ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
 - 12) **umowa ubezpieczenia** – umowę zawieraną na podstawie niniejszych OWU;
 - 13) **Uposażony** – osobę wyznaczoną przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
 - 14) **Współubezpieczony** – objętego ubezpieczeniem na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia członka rodziny Ubezpieczonego;
 - 15) **wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu lub inwalidztwa osoby objętej ubezpieczeniem i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w zakresie podstawowym lub w zakresie podstawowym i rozszerzonym.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w zakresie podstawowym jest życie Ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym, przedmiotem ubezpieczenia może być życie lub zdrowie Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonych oraz określone w umowie ubezpieczenia zdarzenia, zachodzące w życiu Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, odpowiedzialnością Towarzystwa objęty jest zgon Ubezpieczonego.
4. W związku z zawarciem dodatkowych umów ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa mogą być objęte zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego.
5. Zakres ubezpieczenia określany jest przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie lub zmianę umowy ubezpieczenia.
6. Zakres ubezpieczenia jest jednakowy dla wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej umowy ubezpieczenia.
7. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego i odpowiednio Współubezpieczonych na podstawie dodatkowych umów ubezpieczenia, gdy zgon nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) samobójstwa lub samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
8. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu zgonu w następstwie wypadku objętego odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia w okresie karencji, o której mowa w § 5 oraz w § 12, oraz z tytułu następstw wypadków objętych odpowiedzialnością

Towarzystwa na podstawie dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli wypadek nastąpi bezpośrednio w wyniku:

- 1) pozostawania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza, lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) zaburzeń umysłu lub świadomości, chyba że były one następstwem wypadku;
 - 3) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, chyba że były one następstwem wypadku;
 - 4) wypadku lotniczego; nie dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczony lub Współubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 5) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);
 - 6) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru;
 - 7) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 8) uczestniczenia Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - 9) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 10) poddania się przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z wypadkiem;
 - 11) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - 12) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku;
 - 13) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był wypadek.
9. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu zgonu będącego następstwem wypadku Ubezpieczonego i odpowiednio Współubezpieczonych, jeżeli zgon nastąpił po upływie 180 dni od zajścia wypadku. W tym przypadku odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zgonu w zakresie podstawowym, o którym mowa w ust.3.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku licząc od dnia jej zawarcia. Umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego powyżej.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta dla grupy liczącej co najmniej 10 osób.
 3. Umowa ubezpieczenia wchodzi w życie w dniu oznaczonym w polisie jako data zawarcia umowy.
 4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego, na formularzu Towarzystwa.
 5. Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - 1) wykaz imienny Pracowników przystępujących do ubezpieczenia;
 - 2) deklarację przystąpienia do ubezpieczenia każdej z osób przystępujących do ubezpieczenia. Dokument ten powinien być wypełniony i podpisany przez osobę przystępującą do ubezpieczenia.
 6. Towarzystwo może wymagać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia innych dokumentów uznanych przez Towarzystwo za niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia, w tym dokumentacji koniecznej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego w stosunku do osób zgłaszanych do ubezpieczenia.
 7. Dokumenty wymienione w ust. 5 i ust. 6, po ich zaakceptowaniu przez Towarzystwo, stanowią będą załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
 8. Towarzystwo może, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi Towarzystwo.
 9. Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza wystawiając polisę.
 10. Za zgodą Towarzystwa i na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo dopuszcza się u jednego Ubezpieczającego utworzenie kilku grup i dla każdej z grup zawarcie odrębnej umowy ubezpieczenia. Umowy ubezpieczenia zawarte z jednym Ubezpieczającym mogą przewidywać różne wysokości sumy ubezpieczenia. Muszą być spełnione przy tym następujące warunki:
 - 1) nie dopuszcza się ubezpieczenia tych samych osób w więcej niż jednej grupie;
 - 2) osoby ubezpieczone nie mogą zmieniać grupy;
 - 3) zakres ubezpieczenia musi być wspólny dla wszystkich grup utworzonych u jednego Ubezpieczającego, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.
 11. Dla każdej z grup Towarzystwo wystawia odrębną polisę.
 12. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu następnym po dniu podpisania deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 64 lat.
 13. Po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania, najpóźniej ostatniego dnia każdego miesiąca obowiązywania umowy, między innymi następujących dokumentów:
 - 1) wykazu osób przystępujących do ubezpieczenia w kolejnym miesiącu;
 - 2) wykazu osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym miesiącu wygasa odpowiedzialność Towarzystwa, z podaniem jednego z powodów:
 - a) ustania stosunku pracy,

- b) przerwy w zatrudnieniu, o której mowa w § 12 ust.4,
- c) zgonu Ubezpieczonego;
- 3) rozliczenia składek i liczby osób, które mają być objęte ubezpieczeniem.

§ 4

1. Umowa jest zawierana w trybie, o którym mowa w § 3, jeżeli Ubezpieczający, zatrudniający:
 - 1) od 10 do 20 Pracowników – zgłosi do ubezpieczenia 100% Pracowników;
 - 2) od 21 do 100 Pracowników – zgłosi do ubezpieczenia przynajmniej 75% Pracowników, nie mniej niż 21 Pracowników;
 - 3) powyżej 100 Pracowników – zgłosi do ubezpieczenia przynajmniej 50% Pracowników, nie mniej niż 75 Pracowników.
2. W przypadku, gdy Ubezpieczający określi dodatkowe kryteria, które muszą spełniać zatrudnieni obejmowani ubezpieczeniem, limity, o których mowa w ust. 1, stosuje się do grupy osób spełniających te kryteria.
3. Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w ust. 1, to umowa ubezpieczenia może być zawarta za zgodą Towarzystwa i na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo.

Zmiany umowy ubezpieczenia

§ 5

1. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o dokonanie zmian w umowie ubezpieczenia nie później niż na miesiąc przed każdą rocznicą polisy.
2. Zmiany w umowie ubezpieczenia dokonywane są za zgodą Towarzystwa.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia lub wysokości któregośkolwiek ze świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia i wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia, Towarzystwo może zaakceptować nowe warunki ubezpieczenia, stosując 6-miesięczny okres karencji. Karencja odnosi się do wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 6-miesięcznej karencji od dnia wprowadzenia zmiany do umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości obowiązującej przed datą złożenia przez Ubezpieczającego wniosku, o którym mowa w ust. 1. Ograniczenie powyższe nie dotyczy zdarzeń, objętych odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia i dodatkowych umów ubezpieczenia, będących następstwem wypadku.
5. Zmiana zakresu ubezpieczenia możliwa jest tylko poprzez rozszerzenie zakresu ubezpieczenia, czyli zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia

§ 6

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia może być wyrażona, w następujący sposób:
 - 1) kwotowo w jednakowej wysokości,
 - 2) jako wielokrotność miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto, przysługującego Ubezpieczonemu z tytułu umowy o pracę w miesiącu poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, w jednakowej wielokrotności.

3. Suma ubezpieczenia musi być jednakowa dla wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej grupy.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2), ubezpieczeniem musi zostać objęte 100% Pracowników, o ile Towarzystwo nie postanowi inaczej.
5. Ubezpieczający może, za zgodą Towarzystwa, zmienić sumę ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy, zgodnie z postanowieniami § 5.
6. Jeżeli suma ubezpieczenia wyrażona jest w sposób określony w ust. 2 pkt 2), może być ona zmieniona na podstawie aktualnych miesięcznych zasadniczych wynagrodzeń brutto, przysługujących Ubezpieczonemu w miesiącu poprzedzającym rocznicę polisy. Wniosek o powyższą zmianę musi wpłynąć do Towarzystwa w trybie § 5 ust. 1.

Składka

§ 7

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości i z częstotliwością wskazaną w umowie ubezpieczenia.
2. Częstotliwość opłacania składki może być miesięczna, kwartalna, półroczna lub roczna.
3. Stopę składki ustala się w szczególności w zależności od zawartych umów dodatkowych, stanowiących rozszerzenie umowy podstawowej, oraz częstotliwości opłacania składki.
4. Składka za Ubezpieczonego równa jest iloczynowi stopy składki i sumy ubezpieczenia.
5. Składka płatna jest najpóźniej pierwszego dnia okresu, za który jest należna. W przypadku składki płatnej miesięcznie – najpóźniej pierwszego dnia miesiąca, za który jest należna.
6. Wraz z każdą płatnością składki Ubezpieczający zobowiązany jest do przesłania dokumentów wymienionych w § 3 ust. 13.
7. Wysokość stopy składki ustalana jest przez Towarzystwo na każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia. W przypadku zmiany stopy składki Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianie stopy składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na dwa miesiące przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia.
8. W przypadku gdy Ubezpieczający, po otrzymaniu od Towarzystwa informacji o wysokości stopy składki, w następnym rocznym okresie ubezpieczenia doręczy Towarzystwu najpóźniej na 30 dni przed upływem rocznego okresu ubezpieczenia pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Towarzystwo wysokość stopy składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1, chyba że strony postanowią inaczej.
9. Niedoręczenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości stopy składki w terminie określonym w ust. 8 będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:
 - 1) przedłużenie umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia
 - 2) oraz na wysokość stopy składki zaproponowaną przez Towarzystwo, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.

Upływ powyższego terminu wyłącza możliwość złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1.

10. W przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia, składka równa jest sumie składek należnych na podstawie umowy ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia.
11. Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, gdy wpłynie ona na wskazane przez Towarzystwo konto Towarzystwa, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.

Nieopłacanie składek § 8

1. W przypadku gdy składka należna w danym okresie nie została opłacona do 10 dnia pierwszego miesiąca okresu, za który jest należna (okres prolongaty), to Towarzystwo zawiesi odpowiedzialność od 1 dnia tego okresu; odpowiedzialność Towarzystwa ulega zawieszeniu do czasu jej wznowienia, nie dłużej jednak niż na okres 3 miesięcy, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.
2. Składkę uważa się za niezapłaconą, w szczególności jeżeli wysokość składki przekazanej na rachunek Towarzystwa jest niższa niż wynikająca z liczby osób, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem. Liczbę osób, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem, ustala się na podstawie dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 5 pkt 1) oraz w § 3 ust. 13.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa ulega wznowieniu pierwszego dnia następującego po dniu zapłacenia przez Ubezpieczającego na rzecz Towarzystwa kwoty za okres od dnia zawieszenia odpowiedzialności do dnia dokonania wpłaty, oraz składki za kolejny okres w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
4. W przypadku niewznowienia odpowiedzialności w trybie opisanym w ust. 3 w terminie 3 miesięcy od daty zawieszenia, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa i umowa ulega rozwiązaniu z datą zawieszenia odpowiedzialności Towarzystwa, o której mowa w ust. 1.
5. Z tytułu wystąpienia, w okresie zawieszenia odpowiedzialności Towarzystwa zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci świadczenie wyłącznie wtedy, gdy Ubezpieczający przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 4, dokona wpłaty składek za okres od dnia zawieszenia odpowiedzialności do dnia dokonania wpłaty, wraz ze składką za kolejny okres w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia. W przypadku gdy Ubezpieczający nie dokona powyższej wpłaty w terminie określonym w ust. 4, Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie zawieszenia odpowiedzialności.
6. W przypadku podjęcia decyzji o niezawieszeniu odpowiedzialności, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie, jednocześnie wzywając go do zapłacenia składki.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa § 9

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu wskazanym przez Towarzystwo w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zostały spełnione łącznie następujące warunki, z zastrzeżeniem postanowień § 12 ust. 2 i 3:

- 1) Towarzystwo otrzymało i zaakceptowało deklarację przystąpienia do ubezpieczenia danej osoby;
 - 2) Ubezpieczony wymieniony jest w wykazie imiennym, o którym mowa w § 3 ust. 5 pkt 1) oraz § 3 ust. 13 pkt 1);
 - 3) zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego pierwsza składka;
 - 4) wysokość składki przekazanej na rachunek Towarzystwa jest nie niższa niż wynikająca z liczby osób, wymienionych w wykazie imiennym, o którym mowa w § 3 ust. 5 pkt 1) oraz § 3 ust. 13 pkt 1).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego, względem danego Ubezpieczonego wygasa niezależnie od innych postanowień OWU:
 - 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) w ostatnim dniu miesiąca, w którym ustał stosunek pracy;
 - 3) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 4) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności, o którym mowa w § 8 ust. 4;
 - 5) w dniu rocznicy polisy, następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia.
 3. Z dniem określonym w ust. 2 wygasa odpowiedzialność Towarzystwa, wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia, zawartych na rzecz Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonych, o ile Ogólne Warunki Umów Dodatkowych nie przewidują innego terminu wygaśnięcia odpowiedzialności.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia § 10

1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składek za okres wypowiedzenia.
2. Jeżeli liczba Ubezpieczonych, objętych odpowiedzialnością w ramach umowy, spadnie poniżej limitów określonych w § 4 ust. 1, to umowa ulega rozwiązaniu w terminie wskazanym przez Towarzystwo w piśmie powiadamiającym Ubezpieczającego o zająsci tej okoliczności.
3. W przypadku rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 1 lub ust. 2, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki; każdy rozpoczęty miesiąc traktuje się jako miesiąc pełny.
4. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia skutkuje rozwiązaniem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 11

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

Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia § 12

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

Kontynuacja ubezpieczenia § 13

Ubezpieczonemu, w stosunku do którego odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z jednego z następujących powodów:

- 1) ustanie stosunku pracy,
 - 2) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia,
 - 3) rozwiązanie umowy ubezpieczenia z powodu zaprzestania działalności lub likwidacji Ubezpieczającego,
- przysługuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo – pod warunkiem, że był on objęty odpowiedzialnością Towarzystwa przez co najmniej 12 miesięcy i złożył wniosek o kontynuację w terminie wskazanym przez Towarzystwo.

Ustalenie i wypłata świadczenia § 14

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, o ile warunki dodatkowych umów ubezpieczenia nie stanowią inaczej.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia Towarzystwa w przypadku zgonu Ubezpieczonego są osoby wskazane przez Ubezpieczonego, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 17 niniejszych OWU.

§ 15

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

§ 16

1. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego (lub Uposażonych) jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego zgonu – zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Wniosek o zmianę Uposażonego Ubezpieczony składa na formularzu Towarzystwa.
4. Towarzystwo związane jest dokonaną zmianą, począwszy od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego.
5. W przypadku gdy suma wskazań procentowych Uposażonych przekracza 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia z tytułu zgonu są równe.
6. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnym czynem karalnym spowodowała zgon Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego.

§ 17

1. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego albo gdy żaden Uposażony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonkowi,
 - 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak jest współmałżonka,
 - 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak jest dzieci i współmałżonka,
 - 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak jest rodziców, dzieci i współmałżonka.
 - 5) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak jest osób wymienionych powyżej.
2. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, i w dniu zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa jeden ze wskazanych Uposażonych nie żył lub utracił prawo do świadczenia to jego część świadczenia przysługuje pozostałym Uposażonym wskazanym przez Ubezpieczonego, proporcjonalnie do ich udziałów procentowych w kwocie świadczenia.

Postanowienia końcowe

§ 18

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

§ 19

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

§ 20

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
2. Bieg przedawnienia roszczeń rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Bieg przedawnienia roszczeń przerywa się przez zgłoszenie Towarzystwu roszczenia, lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

§ 21

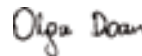
1. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy miejscowy ze względu na siedzibę Towarzystwa.
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (DzU z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.), ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (DzU z 1990 r. Nr 59, poz. 344 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (DzU z 1964 r. Nr 9, poz. 59, z późn. zm.).
3. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 66/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku

(indeks GZ NW 03)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęty jest zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku.
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz z tytułu zgonu w następstwie wypadku.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku wygasa na zasadach określonych w OWU.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

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

Postanowienia końcowe

§ 7

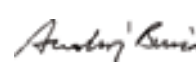
1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 67/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



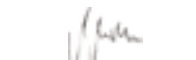
Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku Komunikacyjnego

(indeks GZ WK 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku Komunikacyjnego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej OWU), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniżej zaś określenia oznaczają:
 - 1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 3) **wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, o charakterze losowym, niezależne od woli Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu i nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności wynikającej z umowy dodatkowej;
 - 4) **wypadek komunikacyjny** – wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony uległ:
 - a) jako kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym, albo jako pasażer któregoś z wymienionych pojazdów,
 - b) jako pieszy.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęty jest zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego.
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz z tytułu zgonu w następstwie wypadku. Do Ubezpieczonego kierującego zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych nie stosuje się wyłączenia dotyczącego wypadku lotniczego.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.

5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę ochronną, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego wygasa na zasadach określonych w OWU.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, nie wyższej niż suma ubezpieczenia, niezależnie od kwoty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, wypłacanego na podstawie umowy ubezpieczenia, oraz od kwoty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie wypadku, wypłacanego na podstawie Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku, o ile umowa ta jest zawarta.
2. Wypłata świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego następuje tylko w przypadku zaakceptowania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, wypłacanego w oparciu o postanowienia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, oraz zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku, o ile zdarzenie to jest objęte odpowiedzialnością Towarzystwa.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba uprawniona zgodnie z OWU do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.

4. Osoba uprawniona zobowiązana jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
- 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu;
 - 2) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu lub zajścia zdarzenia;
 - 3) opis wypadku oraz odnośne dokumenty dotyczące ustalenia okoliczności zdarzenia, w tym notatkę policyjną.

Postanowienia końcowe


§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

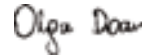
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 68/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu

(indeks GZ WZ 03)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej OWU), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 3) **zgon Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu** – zgon Ubezpieczonego w następstwie udaru niedokrwienego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego. Wyłączone są zgony w następstwie takich stanów chorobowych, jak: udar spowodowany zatorem tłuszczowym, zatorem powietrznym, skutki choroby kesonowej, urazowe uszkodzenia centralnego układu nerwowego;
 - 4) **zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca** – zgon Ubezpieczonego w następstwie martwicy części mięśnia sercowego spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są:
 - 1) zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca;
 - 2) zgon Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu.
4. Towarzystwo, niezależnie od wyłączeń dotyczących odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego określonych w umowie ubezpieczenia, jest zwolnione od odpowiedzialności, jeżeli zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;

- 3) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było zalecone przez lekarza;
 - 4) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
 - 5) próby samobójstwa, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.
5. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie 30 dni od wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
4. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę ochronną, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa w rocznicę polisy, następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

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

5. Osoba uprawniona zobowiązana jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu,
 - 2) karta zgonu lub protokół badania sekcyjnego, w którym określona została pierwotna przyczyna zgonu.

Postanowienia końcowe

§ 7

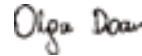
1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 69/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego

(indeks GZ IN 03)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej OWU), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) **inwalidztwo** – trwale, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, w rezultacie którego Ubezpieczony utracił zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, oraz jest całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji;
 - 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.
- 8) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych terapii zgodnie z zaleceniem lekarskim;
- 9) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było zalecone przez lekarza;
- 10) infekcji lub choroby powstałej przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczony;
- 11) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
- 12) próby samobójstwa, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest inwalidztwo Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w przypadku, gdy inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a w szczególności w stanie utraty przytomności, ataku epilepsji, konwulsji;
 - 3) wypadku lotniczego, nie dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 4) popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);
 - 5) wojny wypowiedzianej lub niewypowiedzianej, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 6) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 7) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych wszelkich pojazdów silnikowych;

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu,

w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień OWU.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego wygasa w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia.
4. Z dniem stwierdzenia inwalidztwa Ubezpieczonego przez Towarzystwo wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wszelkich dodatkowych umów ubezpieczenia względem tego Ubezpieczonego.

Ustalenie i wypłata świadczenia § 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty,

do których należą w szczególności: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji.

3. Wystąpienie zdarzenia inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS.

Postanowienia końcowe § 7

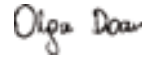
1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 70/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku – Pełna Ochrona

(indeks GZ CP 03)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku – Pełna Ochrona (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej OWU), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **częściowe inwalidztwo** – trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy, będące następstwem wypadku;
 - 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
 - 4) **wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego inwalidztwa i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest częściowe inwalidztwo.
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu częściowego inwalidztwa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu następstw wypadków.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa w następstwie wypadku nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic.
5. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu częściowego inwalidztwa, jeżeli częściowe inwalidztwo ujawniło się (i nie było wcześniej leczone) po upływie 180 dni od wypadku.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdej rocznicę polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu

na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w OWU.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. Z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie.
2. Kwotę świadczenia, o którym mowa w ust. 1, stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia, odniesiony do procentu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień poniższych ustępów.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ustalenia w dodatkowej umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia wypłacanego z tytułu częściowego inwalidztwa.
4. Wystąpienie częściowego inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, z zastrzeżeniem że:
 - 1) procent częściowego inwalidztwa orzekany jest na podstawie Tabeli Oceny Procentowej Inwalidztwa obowiązującej w Towarzystwie w dniu orzeczenia, która jest dostępna w siedzibie Towarzystwa, a na wniosek Ubezpieczającego jest mu bezzwłocznie przesyłana przez Towarzystwo;

- 2) orzeczony stopień inwalidztwa jako następstwo jednego wypadku nie podlega weryfikacji;
- 3) pogorszenie się stanu zdrowia Ubezpieczonego po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa nie stanowi podstawy do ponownego orzekania stopnia częściowego inwalidztwa.
5. Stopień częściowego inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24 miesiąca od dnia wypadku.
6. Jeżeli wskutek wypadku upośledzona została większa liczba funkcji fizycznych lub psychicznych, to stopnie częściowego inwalidztwa zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% częściowego inwalidztwa.
7. Jeżeli wskutek wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent częściowego inwalidztwa określa się jako różnicę pomiędzy stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem, a stanem po wypadku.
8. Towarzystwo zastrzega sobie prawo przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia częściowego inwalidztwa.
9. Przy ustalaniu procentu częściowego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
10. W przypadku zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego, stopień inwalidztwa zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego Towarzystwa mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.
11. Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznego poddania się opiece lekarskiej, a także do podjęcia działania w celu złagodzenia skutków wypadku, poprzez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
12. Naruszenie obowiązków określonych w ust. 10 i 11 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.
13. W razie trzykrotnego niestawienia się przez Ubezpieczonego bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawiennictwo na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia częściowego inwalidztwa przez lekarza wskazanego przez

Towarzystwo, pomimo trzykrotnego powiadomienia pismem przesłanym na ostatni podany przez Ubezpieczonego adres, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia.

14. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) opis wypadku;
 - 2) wstępne orzeczenie lekarskie;
 - 3) przewidywany termin zakończenia leczenia z uwzględnieniem okresu rehabilitacji.
15. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa, a następnie w ciągu sześciu miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon lub inwalidztwo Ubezpieczonego (objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowej inwalidztwa Ubezpieczonego), będące następstwem tego samego wypadku, wówczas:
 - 1) jeżeli świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa było niższe niż świadczenie z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego, to Towarzystwo pomniejszy świadczenie wypłacane z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego wcześniej z tytułu częściowego inwalidztwa;
 - 2) jeżeli świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa było wyższe niż świadczenie z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego, to Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego.

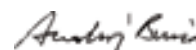
Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 71/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku

(indeks GZ CI 03)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej OWU), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **częściowe inwalidztwo** – trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy, będące następstwem wypadku;
 - 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 4) **wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego inwalidztwa i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest częściowe inwalidztwo.
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu częściowego inwalidztwa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu następstw wypadków.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa w następstwie wypadku nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic.
5. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu częściowego inwalidztwa, jeżeli częściowe inwalidztwo ujawniło się (i nie było wcześniej leczone) po upływie 180 dni od wypadku.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.

3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w OWU.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. Z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie, o ile orzeczony stopień częściowego inwalidztwa wyrażony w procentach przekracza 5%.
2. Kwotę świadczenia, o którym mowa w ust. 1, stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia odniesiony do procentu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień poniższych ustępów.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ustalenia w dodatkowej umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia, wypłacanego z tytułu częściowego inwalidztwa.
4. Wystąpienie częściowego inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, z zastrzeżeniem że:
 - 1) procent częściowego inwalidztwa orzekany jest na podstawie Tabeli Oceny Procentowej Inwalidztwa obowiązującej

- w Towarzystwie w dniu orzeczenia, która jest dostępna w siedzibie Towarzystwa, a na wniosek Ubezpieczającego jest mu bezzwłocznie przesyłana przez Towarzystwo;
- 2) orzeczony stopień inwalidztwa jako następstwo jednego wypadku nie podlega weryfikacji;
 - 3) pogorszenie się stanu zdrowia Ubezpieczonego po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa nie stanowi podstawy do ponownego orzekania stopnia częściowego inwalidztwa.
5. Stopień częściowego inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24 miesiąca od dnia wypadku.
 6. Jeżeli wskutek wypadku upośledzona została większa liczba funkcji fizycznych lub psychicznych, to stopnie częściowego inwalidztwa zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% częściowego inwalidztwa.
 7. Jeżeli wskutek wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent częściowego inwalidztwa określa się jako różnicę pomiędzy stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem, a stanem po wypadku.
 8. Towarzystwo zastrzega sobie prawo przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia częściowego inwalidztwa.
 9. Przy ustalaniu procentu częściowego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 10. W przypadku zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego, stopień inwalidztwa zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego Towarzystwa mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.
 11. Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznego poddania się opiece lekarskiej, a także do podjęcia działania w celu złagodzenia skutków wypadku, poprzez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
 12. Naruszenie obowiązków określonych w ust. 10 i 11 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.
 13. W razie trzykrotnego niestawienia się przez Ubezpieczonego bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawiennictwo na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia częściowego inwalidztwa przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, pomimo trzykrotnego powiadomienia pismem przesyłanym na ostatni podany przez Ubezpieczonego adres, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia.
 14. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) opis wypadku;
 - 2) wstępne orzeczenie lekarskie;
 - 3) przewidywany termin zakończenia leczenia z uwzględnieniem okresu rehabilitacji.
 15. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa, a następnie w ciągu sześciu miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon lub inwalidztwo Ubezpieczonego (objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowej inwalidztwa Ubezpieczonego), będące następstwem tego samego wypadku, wówczas:
 - 1) jeżeli świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa było niższe niż świadczenie z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego, to Towarzystwo pomniejszy świadczenie wypłacane z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego wcześniej z tytułu częściowego inwalidztwa;
 - 2) jeżeli świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa było wyższe niż świadczenie z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego, to Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 72/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

(indeks GZ PZ 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej OWU), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
 2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 3) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu objawów choroby lub chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 3 od pkt 1) do pkt 6) lub przebycie zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w ust. 3 od pkt 7), 8) i 9) pod warunkiem, że objawy choroby lub chorób zdefiniowanych w ust. 3 pkt od pkt 1) do pkt 6) oraz choroby lub chorób będących przyczyną bezpośrednią lub pośrednią dokonania zabiegów operacyjnych, wskazanych w ust. 3 pkt 7), 8) i 9) pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub chorób lub daty zabiegu operacyjnego (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych Warunkach).
 3. W rozumieniu dodatkowej umowy ubezpieczenia poniższe terminy oznaczają:
 - 1) **złośliwa choroba nowotworowa** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin’a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
 - 2) **zawał serca** – świeża martwica części mięśnia sercowego potwierdzoną wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. „nieme zawały”;
 - 3) **udar mózgu** – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego.
- Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR);
- 4) **niewydolność nerek** – mocznicę na skutek przewlekłej niewydolności nerek, wymagającą leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy, lub istnienia pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 5) **całkowita utrata wzroku** – całkowitą nieodwracalną utratę widzenia w obu oczach, potwierdzoną zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie;
 - 6) **stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym**, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - a) potwierdzenie rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - b) obecność prązków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - c) obecność charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa);
 - 7) **zabiegi kardiochirurgiczne** – zabiegi kardiochirurgiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy wykonania pomostów omijających dwóch lub więcej tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej i zastosowania techniki krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 8) **zabiegi kardiochirurgiczne na otwartym sercu** – zabiegi kardiochirurgiczne na otwartym sercu z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca, wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 9) **przeszczep** – 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.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt 3).

3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim, bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) zaburzeń umysłu lub świadomości;
 - 3) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);
 - 4) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 5) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 7) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - 8) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
 - 9) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 10) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS).
4. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności w sytuacji, gdy Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń wymienionych w § 6 ust. 2, co miało wpływ na rozwój choroby.
5. Zdarzeń ubezpieczeniowych obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa, w rozumieniu niniejszych Warunków nie stanowią:
 - 1) choroby wymienione w § 1 ust. 3 od pkt 1) do pkt 6), jeżeli ich objawy wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji;
 - 2) zabiegi operacyjne wymienione w § 1 ust. 3 pkt 7), 8) i 9), jeżeli objawy chorób będących przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia § 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po 6-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta zawarta została później niż data przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składek należnych za okres karencji i przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa w rocznicę polisy, następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Począwszy od dnia 55 urodzin Ubezpieczonego, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczy ograniczonego zakresu poważnych zachorowań. Ograniczony zakres poważnych zachorowań obejmuje zdarzenia wymienione w § 1 ust 3 pkt 4), 5) i 6) oraz pkt 8) i 9) .

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.
3. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za dokumenty takie uznaje się również wyniki badań, potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty rozpoznania choroby lub opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.
5. W przypadku zgłoszenia roszczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza, w zakresie i o częstotliwości

uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania przeprowadzane są na koszt Towarzystwa.

6. Przystępując do dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.
7. Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o roszczeniu, nie wcześniej jednak niż w 31 dniu od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie okoliczności, koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w powyższym terminie, okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.
8. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne zdarzenia nie wynikają pośrednio lub bezpośrednio ze zdarzenia, za które wypłacono świadczenie.

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

Postanowienia końcowe

§ 7

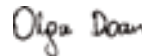
1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 73/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu

(indeks GZ SU 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej OWU), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **choroba** – reakcję organizmu na działania czynnika chorobotwórczego prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - 2) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowawcze;
 - 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 4) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów i układów narządów, będące następstwem wypadku lub wypadku w pracy;
 - 5) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego lub w innym organie uprawnionym do rejestrowania Zakładów Opieki Zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych;
 - 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 7) **wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 8) **wypadek w pracy** – zdarzenie odpowiadające przesłankom określonym w art.6 ust. 1 ustawy z dnia 12 czerwca 1975 r. o świadczeniach z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (DzU z 1983 r. nr 30, poz. 144), zaistniałe jedynie podczas wykonywania obowiązków wynikających z umowy o pracę z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 9) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na pobycie ubezpieczonego w szpitalu przez czas określony w niniejszych Warunkach w celu leczenia choroby lub doznanych obrażeń ciała, będących następstwem wypadku.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu;
 - 2) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);
 - 3) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 4) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 5) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 6) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 7) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - 8) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w przebiegu chorób psychicznych;
 - 9) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
 - 10) klęski żywiołowej lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - 11) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
 - 12) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 13) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 14) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu nie dopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
4. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe, zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt 9).

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego:
 - 1) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych chorobą rozpoczyna się po 1-miesięcznym okresie karencji od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta zawarta została później niż data przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 2) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych obrażeniami ciała lub odbytych porodem rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego zaczyna się zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego zapłacona składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w OWU.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień zawartych w ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - 1) 5 pełnych dni – jeżeli był spowodowany chorobą lub wypadkiem innym niż wypadek przy pracy, pod warunkiem że pierwszy dzień pobytu wypadł w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego;

2) 1 pełny dzień – jeżeli był spowodowany obrażeniami ciała doznanymi przez Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy;

3) 10 pełnych dni – jeżeli był spowodowany odbytych porodem, pod warunkiem że pierwszy dzień pobytu wypadł w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego.

3. Maksymalna wysokość świadczenia Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego, nie może przekroczyć świadczenia za 60 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

4. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od zakończenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

5. Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, w szczególności Karty Informacyjnej leczenia szpitalnego. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe, wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

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

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 74/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Leczenia Operacyjnego Ubezpieczonego

(GZ LO 01)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Leczenia Operacyjnego Ubezpieczonego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej OWU), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **choroba** – reakcję organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - 2) **diagnoza** – określenie medyczne stanu chorobowego, wymagającego leczenia operacyjnego;
 - 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 4) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia operacyjnego;
 - 5) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów i tkanek, będące następstwem wypadku;
 - 6) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w rejestrze wydziału zdrowia stosownego urzędu wojewódzkiego lub w rejestrze innego uprawnionego organu państwowego jako świadczący usługi medyczne wraz z leczeniem operacyjnym i posiadający co najmniej jedną salę operacyjną spełniającą wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 (DzU z 1992 r. Nr 74, poz 336, z późn. zmianami);
 - 8) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 9) **wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 10) **zabieg operacyjny** – leczenie chirurgiczne przeprowadzone w trakcie hospitalizacji, a według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia stanu chorobowego zdiagnozowanego u Ubezpieczonego i określonego w dokumentacji medycznej, z wyłączeniem następujących zabiegów operacyjnych:
 - a) prowadzonych w celach diagnostycznych,
 - b) nie wymagających naruszenia ciągłości powłok ciała (jak np. zabiegi endoskopowe),
 - c) wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych,
 - d) przeprowadzonych z zastosowaniem jedynie znieczulenia miejscowego,
 - e) dotyczących tylko skóry i tkanki podskórnej,
 - f) przeprowadzonych w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - g) cięcia cesarskiego;
 - 11) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na poddaniu się przez ubezpieczonego zabiegowi operacyjnemu określonym w załączniku do niniejszych Warunków, związanemu

ze stwierdzoną chorobą lub z doznanymi obrażeniami ciała, będącymi następstwem wypadku.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt. 11), z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i 4.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu;
 - 2) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.);
 - 3) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 4) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 5) próby samobójstwa, samookałeczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 6) wszelkich chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w przebiegu chorób psychicznych;
 - 7) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
 - 8) kłęski żywiołowej lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - 9) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
 - 10) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 11) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu nie dopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za leczenie operacyjne, którego konieczność wykonania była związana z poprzednio wykonywanym u Ubezpieczonego leczeniem operacyjnym (reoperacja).

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.

3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka **§ 4**

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia większa składkę, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa **§ 5**

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego:
 - 1) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych chorobą rozpoczyna się po 1-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia i wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta zawarta została później niż data przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych obrażeniami ciała rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta zawarta została później niż data przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego zaczyna się zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa:
 - 1) w odniesieniu do zdarzeń związanych z chorobą – w rocznicę polisy, następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia;
 - 2) w odniesieniu do zdarzeń związanych z obrażeniami ciała spowodowanymi następstwem wypadku – w rocznicę polisy, następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

Ustanie i wypłata świadczenia **§ 6**

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień zawartych w ust. 2, 3 i 4.
2. Wysokość świadczenia zostanie ustalona w zależności od określonej w załączniku do niniejszych Warunków kategorii trudności leczenia operacyjnego, jakiemu został poddany Ubezpieczony:


- 1) wysokość świadczenia za operacje kategorii A jest równa kwocie bazowej, wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia;
- 2) wysokość świadczenia za operacje kategorii B jest równa dwukrotności kwoty bazowej, wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia;
- 3) wysokość świadczenia za operacje kategorii C jest równa trzykrotności kwoty bazowej, wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.


3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ustalenia w umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia, wypłacanego według każdej z kategorii trudności leczenia operacyjnego.
4. Świadczenie z tytułu leczenia operacyjnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu niezależnie od świadczenia, przysługującego z tytułu innej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa dotyczy tylko pierwszego leczenia operacyjnego, wykonanego w ramach leczenia stanu chorobowego, określonego tą samą diagnozą w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
6. Jeżeli w czasie jednego pobytu Ubezpieczonego w sali operacyjnej zostanie wykonane więcej niż jedno leczenie operacyjne, dotyczące kilku narządów, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie należne za leczenie operacyjne narządu, zakwalifikowane do wyższej kategorii trudności, według załącznika.
7. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zakończenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, w szczególności Karty Informacyjnej leczenia szpitalnego. W przypadku zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących konsekwencją wypadku, konieczne jest dołączenie dokumentów precyzujących okoliczności wypadku, np. notatki policyjnej. Wszelkie inne informacje dodatkowe, wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę spełnienia świadczenia.
9. Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o roszczeniu. Gdyby wyjaśnienie okoliczności, koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, w powyższym terminie okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

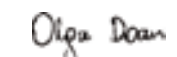
Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 75/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2002 roku.


Paweł Dangel
Prezes Zarządu


Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu


Olga Doan
Wiceprezes Zarządu


Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Leczenia Operacyjnego Ubezpieczonego

Kategorie trudności leczenia operacyjnego

I. Zabiegi operacyjne na układzie nerwowym	
1. Nacięcie i wycięcie w obszarze czaszki, mózgu i opon mózgowych	C
2. Inne zabiegi operacyjne na czaszce, mózgu i oponach mózgowych	C
3. Zabiegi operacyjne na rdzeniu kręgowym i strukturach kanału kręgowego	B
4. Zabiegi operacyjne na nerwach czaszkowych i obwodowych	B
5. Zabiegi operacyjne na nerwach sympatycznych lub zwojach nerwowych	B
II. Zabiegi operacyjne w zakresie układu wydzielnia zewnętrznego	
1. Zabiegi operacyjne tarczycy i przytarczyc	B
2. Zabiegi operacyjne w zakresie innych gruczołów dokrewnych	C
III. Zabiegi operacyjne w zakresie oka	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie powiek, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego rekonstrukcji powiek	A
2. Zabieg operacyjny rekonstrukcji powiek	B
3. Zabiegi operacyjne w zakresie układu łzowego	A
4. Zabiegi operacyjne w zakresie spojówki	A
5. Zabiegi operacyjne w zakresie rogówki	A
6. Zabiegi operacyjne w zakresie tęczówki, ciała rzęskowego, twardówki i komory przedniej oka	B
7. Zabiegi operacyjne w zakresie soczewki	B
8. Zabiegi operacyjne w zakresie siatkówki, naczyniówki, ciała szklistego i tylnej komory oka	B
9. Zabiegi operacyjne w zakresie mięśni okoruchowych	A
10. Zabiegi operacyjne w zakresie gałek ocznych	B
IV. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha zewnętrznego	A
2. Zabiegi rekonstrukcyjne w zakresie ucha środkowego	B
3. Inne zabiegi operacyjne w zakresie ucha środkowego	B
4. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha wewnętrznego	C
V. Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła	A
2. Zabiegi operacyjne w zakresie zatok obocznych nosa, z wyjątkiem punkcji	B
3. Zabiegi operacyjne w zakresie ślinianek i przewodów ślinowych	B
VI. Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych w zakresie krtani i tchawicy	C
2. Zabiegi operacyjne w zakresie krtani i tchawicy, z wykluczeniem tracheostomii	B
VII. Zabiegi operacyjne na układzie sercowo-naczyniowym	
1. Zabiegi operacyjne na układzie sercowo-naczyniowym, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych podwiązania i wycięcia żyłaków oraz zabiegowego leczenia tętniaków pourazowych, naczyniaków, przetok tętniczo-żylnych	C
2. Zabiegi operacyjne podwiązania i wycięcia żyłaków	A
3. Zabiegowe leczenie tętniaków pourazowych, naczyniaków, przetok tętniczo-żylnych	B
VIII. Zabiegi operacyjne w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego, z wykluczeniem biopsji szpiku	A
2. Zabiegi operacyjne rekonstrukcyjne układu limfatycznego	B
IX. Operacje w zakresie układu trawiennego	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu trawiennego, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych na wyrostku robaczkowym, zabiegów operacyjnych odbytu oraz zabiegów operacyjnych naprawczych przepuklin	B
2. Zabiegi operacyjne na wyrostku robaczkowym	A
3. Zabiegi operacyjne odbytu	A
4. Zabiegi operacyjne naprawcze przepuklin	A
X. Operacje w zakresie układu moczowego	
1. Zabiegi operacyjne nerki	B
2. Zabiegi operacyjne moczowodu	B
3. Zabiegi operacyjne cewki moczowej	B
4. Zabiegi operacyjne stulejki i zwężenia ujścia zewnętrznego cewki moczowej	A
5. Zabiegi operacyjne odtwórcze pęcherza moczowego	C
6. Inne zabiegi operacyjne w obrębie układu moczowego	A

XI. Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych	
1. Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych	A
2. Zabiegi operacyjne spodziectwa	B
XII. Zabiegi operacyjne i operacje ginekologiczne	
1. Zabiegi operacyjne żeńskich narządów płciowych	A
2. Zabiegi operacyjne dotyczące macicy z naruszeniem ciągłości pełnej grubości ściany trzonu macicy	B
3. Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy	B
XIII. Zabiegi położnicze	
Zabiegi położnicze, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego cięcia cesarskiego	A
XIV. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i zabiegi operacyjne na więzadłach	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i zabiegi na więzadłach	B
2. Zabiegi operacyjne w zakresie kręgosłupa z wyłączeniem zabiegów operacyjnych krążka międzykręgowego	B
3. Zabiegi operacyjne krążka międzykręgowego z naruszeniem ciągłości łuku kręgu	B
4. Zabiegi operacyjne wyłącznie na tkankach miękkich poza więzadłami	A
5. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i więzadeł dłoni i stóp	A
XV. Zabiegi operacyjne na powłokach ciała	
1. Zabiegi operacyjne na powłokach ciała, z wyłączeniem zabiegów w zakresie skóry i tkanki podskórnej	A
2. Mastektomia totalna	B

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy z powodu Choroby Zawodowej

(indeks GZ CZ 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy z powodu Choroby Zawodowej (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej OWU), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **choroba zawodowa** – jedna z chorób określonych w wykazie chorób zawodowych, będącym załącznikiem do niniejszych Warunków, której wystąpienie jest bezpośrednio związane z wykonywaną przez Ubezpieczonego pracą zawodową;
 - 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 4) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego całkowitej bądź częściowej niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej i potwierdzonej orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS oraz lekarza Towarzystwa.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe, zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt 4).
3. Zdarzenia ubezpieczeniowego obejmowanego odpowiedzialnością Towarzystwa w rozumieniu niniejszych Warunków nie stanowi niezdolność do pracy spowodowana chorobą zawodową, która została orzeczona u Ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może

nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po 6-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta zawarta została później niż data przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składek należnych za okres karencji i przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa:
 - 1) w rocznicę polisy, następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia;
 - 2) z dniem zaakceptowania roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia (w całym okresie ubezpieczenia Ubezpieczonemu przysługuje jedno świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia).

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należy w szczególności:
 - 1) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej;
 - 2) orzeczenie lekarskie w sprawie choroby zawodowej (o ile obowiązujące przepisy prawa przewidują wydawanie takiego dokumentu).
3. Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów medycznych, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
4. Niezdolność do pracy z powodu choroby zawodowej stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, na podstawie orzeczenia ZUS.

5. W przypadku zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza, w zakresie i o częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania przeprowadzane są na koszt Towarzystwa.
6. Przystępując do dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych procesem rozpatrywania roszczenia i wymaganych przez Towarzystwo informacji.
7. Jeżeli jakiegokolwiek zdarzenie, objęte odpowiedzialnością Towarzystwa w zakresie podstawowym lub w zakresie rozszerzonym i zdarzenia ubezpieczeniowe, z tytułu którego

Ubezpieczony występuje z roszczeniem o wypłatę świadczenia na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, wystąpiły z tej samej przyczyny, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wymienionych wyżej ograniczona jest do wypłaty jednej kwoty, w wysokości wyższego ze świadczeń.

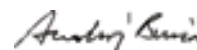
Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 76/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy z powodu Choroby Zawodowej – Wykaz Chorób Zawodowych

1. Zatrucia ostre i przewlekłe substancjami chemicznymi oraz następstwa tych zatruc.
2. Pylice płuc.
3. Przewlekłe choroby oskrzeli wywołane działaniem substancji powodujących napadowe stany spastyczne oskrzeli i choroby płuc przebiegające z odczynami zapalno-wytwórczymi w płucach np. dychawica oskrzelowa, bysinoza, beryloza.
4. Przewlekłe zapalenie oskrzeli wywołane działaniem substancji toksycznych, aerozoli drażniących – w razie stwierdzenia niewydolności narządu oddechowego.
5. Rozedma płuc u dmuchaczy szkła i muzyków orkiestr dętych w razie stwierdzenia niewydolności narządu oddechowego.
6. Przewlekłe zanikowe, przerostowe i alergicznie nieżyty błon śluzowych nosa, gardła, krtani i tchawicy, wywołane działaniem substancji o silnym działaniu drażniącym lub uczulającym.
7. Przewlekłe choroby narządu głosu związane z nadmiernym wysiłkiem głosowym (guzki śpiewacze, niedowłady strun głosowych, zmiany przerostowe).
8. Choroby wywołane promieniowaniem jonizującym łącznie z nowotworami złośliwymi
9. Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników rakotwórczych występujących w środowisku pracy, z wyjątkiem wymienionych w poz. 8.
10. Choroby skóry.
11. Choroby zakaźne i inwazyjne.
12. Przewlekłe choroby narządu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy, nadmiernym przeciążeniem: zapalenie pochewek ścięgnistych i kaletek maziowych, uszkodzenie łąkotki, mięśni i przyczepów ścięgnistych, martwica kości nadgarstka, zapalenie nadkłykci kości ramieniowej, zmęczeniowe złamanie kości.
13. Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane uciskiem na pnie nerwów
14. Choroby układu wzrokowego wywołane zawodowymi czynnikami fizycznymi lub chemicznymi (zmiany wywołane działaniem promieniowania jonizującego należy kwalifikować według poz. 8).
15. Uszkodzenie słuchu wywołane działaniem hałasu.
16. Zespół wibracyjny.
17. Choroby wywołane pracą w podwyższonym lub obniżonym ciśnieniu atmosferycznym.
18. Choroby wywołane działaniem przeciążeń grawitacyjnych (przyspieszeń).
19. Choroby centralnego układu nerwowego, układu bodźco-twórczego i przewodzącego serca oraz gonad wywołane działaniem pól elektromagnetycznych.
20. Ostry zespół przegrzania i jego następstwa.

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Opiekuńczych dla Ubezpieczonego

(indeks GZ AU 01)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Opiekuńczych dla Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanymi dalej OWU), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
 2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **centrum operacyjne:** Elvia Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Solec 22 – przedstawiciela Towarzystwa udzielającego świadczeń opiekuńczych, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Towarzystwo za pośrednictwem Ubezpieczającego;
 - 2) **choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 4) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione ubezpieczonego w wieku do 20 lat;
 - 5) **lekarz uprawniony** – lekarza konsultanta centrum operacyjnego;
 - 6) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji lub umożliwienia choremu samodzielnego lub ułatwionego funkcjonowania;
 - 7) **szpital** – Zakład Opieki Zdrowotnej zarejestrowany w Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego lub w innym organie uprawnionym do rejestrowania Zakładów Opieki Zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych;
 - 8) **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie się noworodka martwego zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka;
 - 9) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 10) **współmałżonek** – osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim.
- 1) świadczenia dotyczące pomocy Ubezpieczonemu w razie choroby;
 - 2) świadczenia gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych Ubezpieczonego takich jak:
 - a) zgon dziecka lub urodzenie martwego dziecka,
 - b) zgon współmałżonka,
 - c) choroba Ubezpieczonego,
 - 3) zdrowotne usługi informacyjne.
2. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1) Towarzystwo gwarantuje organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów, w wysokości nie przekraczającej limitów, o których mowa w załączniku do Warunków:
 - 1) **dostarczenie Ubezpieczonemu do miejsca zamieszkania leków zaordynowanych przez lekarza** w sytuacji gdy Ubezpieczony w następstwie choroby wymagającej zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego leżenia przez co najmniej 7 dni nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w tym zakresie. O zasadności dostarczenia leków Ubezpieczonemu decyduje lekarz uprawniony;
 - 2) **transport medyczny Ubezpieczonego z miejsca zachorowania do odpowiedniego szpitala** wskazanego przez lekarza prowadzącego w przypadku choroby wymagającej pobytu w szpitalu na podstawie skierowania lekarza prowadzącego. O celowości organizacji i pokrycia kosztów transportu do szpitala oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu decyduje lekarz uprawniony. Usługę taką zapewnia Towarzystwo w sytuacji kiedy pomocy nie udziela pogotowie ratunkowe;
 - 3) **transport medyczny Ubezpieczonego ze szpitala do miejsca zamieszkania** w przypadku gdy Ubezpieczony w następstwie choroby przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 7 dni. O celowości organizacji i pokrycia kosztów transportu ze szpitala oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu decyduje lekarz uprawniony. Usługę taką zapewnia Towarzystwo w sytuacji kiedy pomocy nie udziela pogotowie ratunkowe;
 - 4) **organizację procesu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie choroby Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej. Towarzystwo zapewnia:
 - zorganizowanie oraz pokrycie kosztów pierwszej wizyty specjalisty fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego albo
 - zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej i kosztów wizyty.Celem pierwszej konsultacji specjalisty fizykoterapeuty jest w szczególności uzgodnienie planu rehabilitacyjnego chorego;
 - 5) **organizację wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie choroby Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu. Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo:
 - organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu ubezpieczonegooraz
 - pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.

Przedmiot ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
2. Na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązuje się do świadczeń opiekuńczych zdefiniowanych w § 3.

Zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze:

3. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 2) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu **pomoc psychologa**. Towarzystwo zapewnia ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów pierwszej konsultacji z psychologiem, w wysokości nie przekraczającej limitu, o którym mowa w załączniku do Warunków. Towarzystwo na prośbę Ubezpiezonego zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.
4. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 3) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu:
 - 1) **informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia** w razie choroby lub urazu do których doszło poza miejscem zamieszkania,
 - 2) **informowanie o działaniu leków**, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp,
 - 3) **informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne**,
 - 4) **informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny**,
 - 5) **informacje medyczne**, w tym informacje o tym jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów poniesionych przez Ubezpiezonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 7 ust. 5;
 - 3) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 4) kosztów usług wymienionych w § 3 ust. 2 pkt 4, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego;
 - 5) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie);
 - 6) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - c) pozostawania Ubezpiezonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - d) zaburzeń umysłu lub świadomości;
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe, narciarstwo;
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;

- h) poddania się przez Ubezpiezonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
- i) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
- j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- k) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS).

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia § 4

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do najbliższej rocznicy polisy po dacie zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, o ile przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu niezależnie od postanowień OWU, jeżeli jedna ze stron złoży drugiej stronie najpóźniej w 30 dniu przed rocznicą polisy oświadczenie o nieprzedłużaniu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.

Składka § 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa § 6

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpiezonego składka, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa na zasadach określonych w OWU.

Ustalenie i spełnienie świadczeń Towarzystwa § 7

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.

2. Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
- 1) imię i nazwisko,
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 3) numer polisy,
 - 4) okres ubezpieczenia,
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 6) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym,
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
4. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach powyższych Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
5. 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 świadczeń opiekuńczych, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 2), 3), 4), i 5) Towarzystwo może zwrócić Ubezpieczonemu w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.

6. Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 5 rozumie się:
- 1) W przypadku świadczenia o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 2) datę wystawienia skierowania lekarskiego;
 - 2) W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 3) datę wypisu ze szpitala;
 - 3) W przypadku świadczenia o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 4) i pkt 5) datę zalecenie przez lekarza prowadzącego rehabilitacji.

Postanowienia końcowe

§ 8

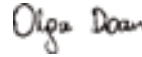
1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 5/2002 z dnia 24 stycznia 2002 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Opiekuńczych dla Ubezpieczonego. Limity świadczeń opiekuńczych

1. Towarzystwo świadczy usługi, o których mowa w § 3 Warunków do wysokości:

- | | |
|---|----------------|
| 1) W przypadku organizacji i pokrycia kosztów dostarczenia leków
(o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 1) Warunków) | do 80 złotych |
| 2) W przypadku transportu medycznego Ubezpieczonego do szpitala
(o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 2) Warunków) | do 300 złotych |
| 3) W przypadku transportu medycznego Ubezpieczonego ze szpitala
(o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 3) Warunków) | do 300 złotych |
| 4) W przypadku organizacji i pokrycia kosztów pierwszej wizyty specjalisty fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego
(o której mowa w § 3 ust. 2 pkt 4) Warunków) | do 200 złotych |
| 5) W przypadku organizacji i pokrycia kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej i kosztów wizyty w tej poradni
(o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 4) Warunków) | do 300 złotych |
| 6) W przypadku organizacji i pokrycia kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu Ubezpieczonego
(o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 5) Warunków) | do 150 złotych |
| 7) W przypadku zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego
(o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 5) Warunków) | do 150 złotych |
| 8) W przypadku organizacji i pokrycia kosztów pierwszej konsultacji z psychologiem
(o której mowa w § 3 ust. 3 Warunków) | do 150 złotych |

2. Limity świadczeń, o których mowa w ustępach powyższych, mogą być indeksowane indeksem ustalonym przez Towarzystwo.

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego

(indeks GZ ZM 03)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie współmałżonka.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęty jest zgon współmałżonka.
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu, stosowanych odpowiednio do współmałżonka.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu współmałżonka, w odniesieniu do współmałżonka danego Ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, należna Towarzystwu w odniesieniu do Ubezpieczonego, którego współmałżonek ma być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu współmałżonka wygasa na zasadach określonych w OWU.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

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

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 77/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku

(indeks GZ ZN 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie współmałżonka.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęty jest zgon współmałżonka w następstwie wypadku.
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń, objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz z tytułu zgonu w następstwie wypadku, stosowanych odpowiednio do współmałżonka.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę ochronną, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do współmałżonka danego Ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym została przez Ubezpieczającego zapłacona składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, należna Towarzystwu w odniesieniu do Ubezpieczonego, którego współmałżonek ma być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku wygasa na zasadach określonych w OWU dotyczących zgonu Ubezpieczonego.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

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

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 78/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Współmałżonka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

(indeks GZ PW 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Współmałżonka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej OWU), które przewidują możliwość zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.
 - 2) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
 - 3) **współmałżonek** – osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim;
 - 4) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u współmałżonka objawów choroby lub chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 3 od pkt 1) do pkt 6) lub przebycie przez współmałżonka zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w ust. 3 pkt 7), 8) i 9) pod warunkiem, że objawy choroby lub chorób zdefiniowanych w ust. 3 od pkt 1) do pkt 6) oraz choroby lub chorób, będących przyczyną bezpośrednią lub pośrednią dokonania zabiegów operacyjnych, wskazanych w ust. 3 pkt 7), 8) i 9), pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a współmałżonek pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub daty zabiegu operacyjnego (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych warunkach).
3. W rozumieniu dodatkowej umowy ubezpieczenia poniższe terminy oznaczają:
 - 1) **złośliwa choroba nowotworowa** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin'a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
 - 2) **zawał serca** – świeża martwica części mięśnia sercowego potwierdzoną wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. „nieme zawały”;
 - 3) **udar mózgu** – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynacznienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR);
 - 4) **niewydolność nerek** – mocznicę na skutek przewlekłej niewydolności nerek, wymagającą leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy, lub istnienia pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 5) **całkowita utrata wzroku** – całkowitą nieodwracalną utratę widzenia w obu oczach, potwierdzoną zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie;
 - 6) **stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym**, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - a) potwierdzenie rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - b) obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - c) obecność charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa);
 - 7) **zabiegi kardiologiczne** – zabiegi kardiologiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy wykonania pomostów omijających dwóch lub więcej tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej i zastosowania techniki krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 8) **zabiegi kardiologiczne na otwartym sercu** – zabiegi kardiologiczne na otwartym sercu z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca, wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 9) **przeszczep** – przeszczep współmałżonkowi jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa § 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie współmałżonka.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt 4).
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawania współmałżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim, bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) zaburzeń umysłu lub świadomości;
 - 3) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.);
 - 4) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 5) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotnictwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 7) poddania się przez współmałżonka leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - 8) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
 - 9) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 10) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS).
4. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności w sytuacji gdy współmałżonek umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń wymienionych w § 6 ust. 2, co miało wpływ na rozwój choroby.
5. Zdarzeń ubezpieczeniowych obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa, w rozumieniu niniejszych Warunków nie stanowią:
 - 1) choroby wymienione w § 1 ust. 3 od pkt 1) do pkt 6), jeżeli ich objawy wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji,
 - 2) zabiegi operacyjne wymienione w § 1 ust. 3 pkt 7), 8) i 9), jeżeli objawy chorób będących przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia § 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.

3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do współmałżonka danego Ubezpieczonego rozpoczyna się po 6-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta zawarta została później niż data przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składek należnych za okres karencji i przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa w rocznicę polisy, następującą po dniu, w którym współmałżonek ukończył 65 rok życia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i przy zachowaniu postanowień OWU.
3. Począwszy od dnia 55 urodzin współmałżonka, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczy ograniczonego zakresu poważnych zachorowań. Ograniczony zakres poważnych zachorowań obejmuje zdarzenia wymienione w § 1 ust. 3 pkt 4), 5) i 6) oraz pkt 8) i 9).

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, współmałżonek powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.
3. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za dokumenty takie uznaje się również wyniki badań współmałżonka,

potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty rozpoznania choroby lub opuszczenia szpitala. Nietrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

5. W przypadku zgłoszenia roszczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania współmałżonka obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza, w zakresie i o częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania przeprowadzane są na koszt Towarzystwa.
6. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli współmałżonek nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.
7. Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o roszczeniu, nie wcześniej jednak niż w 31 dniu od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie okoliczności, koniecznych do ustalenia

odpowiedzialności Towarzystwa w powyższym terminie okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

8. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne zdarzenia nie wynikają pośrednio lub bezpośrednio ze zdarzenia, za które wypłacono świadczenie.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 79/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Współmałżonka w Następstwie Wypadku

(indeks GZ IW 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Częściowego Inwalidztwa Współmałżonka w Następstwie Wypadku (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej OWU), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **częściowe inwalidztwo** – trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy, będące następstwem wypadku;
 - 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 4) **współmałżonek** – osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim;
 - 5) **wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli współmałżonka, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną inwalidztwa i nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie współmałżonka.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest częściowe inwalidztwa współmałżonka.
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu częściowego inwalidztwa współmałżonka na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłącznie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu następstw wypadków.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa w następstwie wypadku nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic.
5. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu częściowego inwalidztwa, jeżeli częściowe inwalidztwo ujawniło się (i nie było wcześniej leczone) po upływie 180 dni od wypadku.
1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do współmałżonka danego Ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, należna Towarzystwu w odniesieniu do Ubezpieczonego, którego współmałżonek ma być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa współmałżonka wygasa na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego wygasa w rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym współmałżonek Ubezpieczonego ukończył 65 rok życia.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Kwotę świadczenia, o którym mowa w ust. 1 stanowi 1% sumy ubezpieczenia za każdy procent częściowego inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień ustępów poniższych.

3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ustalenia w dodatkowej umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia wypłacanego z tytułu częściowego inwalidztwa współmałżonka.
4. Wystąpienie częściowego inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, z zastrzeżeniem, że:
 - 1) procent częściowego inwalidztwa orzekany jest na podstawie Tabeli Oceny Procentowej Inwalidztwa obowiązującej w Towarzystwie w dniu orzeczenia, która jest dostępna w siedzibie Towarzystwa, a na wniosek Ubezpieczającego jest mu bezzwłocznie przesyłana przez Towarzystwo;
 - 2) orzeczony stopień inwalidztwa jako następstwo jednego wypadku nie podlega weryfikacji;
 - 3) pogorszenie się stanu zdrowia współmałżonka po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa nie stanowi podstawy do ponownego orzekania stopnia częściowego inwalidztwa.
5. Stopień częściowego inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24 miesiąca od dnia wypadku.
6. Jeżeli wskutek wypadku upośledzona została większa liczba funkcji fizycznych lub psychicznych, to stopnie częściowego inwalidztwa zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% częściowego inwalidztwa.
7. Jeżeli wskutek wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent częściowego inwalidztwa określa się jako różnicę pomiędzy stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem, a stanem po wypadku.
8. Towarzystwo zastrzega sobie prawo przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia częściowego inwalidztwa współmałżonka.
9. Przy ustalaniu procentu częściowego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez współmałżonka.
10. W przypadku zaniechania przez współmałżonka dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego, stopień inwalidztwa zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego Towarzystwa mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.
11. Po zaistnieniu wypadku współmałżonek zobowiązany jest do niezwłocznego poddania się opiece lekarskiej, a także do podjęcia działania w celu złagodzenia skutków wypadku, poprzez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
12. Naruszenie obowiązków określonych w ust. 10 i 11 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.
13. W razie trzykrotnego niestawienia się przez współmałżonka bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawiennictwo na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia częściowego inwalidztwa przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, pomimo trzykrotnego powiadomienia pismem przesłanym na ostatni podany przez współmałżonka adres, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia.
14. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) opis wypadku;
 - 2) wstępne orzeczenie lekarskie;
 - 3) przewidywany termin zakończenia leczenia współmałżonka z uwzględnieniem okresu rehabilitacji.
15. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa współmałżonka, a następnie w ciągu sześciu miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon współmałżonka (objęty odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego), będący następstwem tego samego wypadku, wówczas:
 - 1) jeżeli świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa było niższe niż świadczenie z tytułu zgonu, Towarzystwo pomniejszy świadczenie wypłacane z tytułu zgonu o kwotę świadczenia wypłaconego wcześniej z tytułu częściowego inwalidztwa;
 - 2) jeżeli świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa było wyższe niż świadczenie z tytułu zgonu współmałżonka, Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zgonu.

Postanowienia końcowe

§ 7


1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 80/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współmałżonka po zgonie Ubezpieczonego

(indeks GZ ZU 03)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia zgonu współmałżonka po zgonie Ubezpieczonego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej OWU), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **dziecko Ubezpieczonego** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zgonu współmałżonka pozostawało pod władzą rodzicielską lub opieką współmałżonka:
 - a) w wieku do 18 lat,
 - b) bez względu na wiek, jeżeli dziecko jest trwale niezdolne do pracy zarobkowej;
 - 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 4) **współmałżonek** – osobę:
 - a) której po śmierci Ubezpieczonego przysługuje władza rodzicielska względem dziecka Ubezpieczonego,
 - b) która została ustanowiona opiekunem prawnym dziecka Ubezpieczonego po śmierci Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęty jest zgon Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia.
4. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu współmałżonka na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka, o której mowa w § 6 ust. 2, na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu, stosowanych odpowiednio do osoby współmałżonka.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdej rocznicy polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.

3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę ochronną, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w OWU.

Umowa ubezpieczenia na życie współmałżonka

§ 6

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

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

Ustalenie i wypłata świadczenia z umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka

§ 7

1. W razie zajścia zdarzenia zgonu współmałżonka, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka, o której mowa

w § 6 ust. 2, Towarzystwo wypłaci świadczenie wszystkim dzieciom Ubezpieczonego, spełniającym warunki, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1).

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

Postanowienia końcowe

§ 8

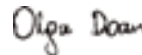
1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 81/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Współmałżonka

(indeks GZ ZR 03)

Postanowienia końcowe

§ 1

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

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie rodzica Ubezpieczonego i rodzica współmałżonka.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęty jest zgon rodzica Ubezpieczonego lub zgon rodzica współmałżonka.
4. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu, stosowanych odpowiednio do rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.

2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.

3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.

5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do rodzica danego Ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, należna Towarzystwu w odniesieniu do Ubezpieczonego, którego rodzic ma być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU. Postanowienia powyższe stosują się odpowiednio do rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa wobec rodzica współmałżonka.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka wygasa na zasadach określonych w OWU.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

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

- 2) w przypadku zgonu rodzica współmałżonka Ubezpieczonego odpis lub poświadczona kopia aktu małżeństwa Ubezpieczonego.
3. W całym okresie odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego odpowiedzialność ogranicza się do wypłaty czterech świadczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

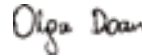
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 82/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu

(indeks GZ UD 03)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonemu.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę ochronną, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po 10-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta zawarta została później niż data przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składek należnych za okres karencji i przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu wygasa na zasadach określonych w OWU.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

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

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 83/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka Ubezpieczonego i Urodzenia się Martwego Dziecka

(indeks GZ ZD 03)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie dziecka Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są:
 - 1) zgon dziecka Ubezpieczonego;
 - 2) urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu, stosowanych odpowiednio do dziecka Ubezpieczonego.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę ochronną, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do dziecka danego Ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, należna Towarzystwu w odniesieniu do Ubezpieczonego, którego dziecko ma być objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w § 2 ust. 2 wygasa na zasadach określonych w OWU.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

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

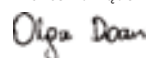
Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 84/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego

(indeks GZ OD 03)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, dotyczących wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę ochronną, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, z zastrzeżeniem postanowień OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w OWU.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

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

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 85/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

(indeks GZ PD 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanym dalej OWU), które przewidują zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) **dziecko Ubezpieczonego** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego w wieku od 1 do 20 lat;
 - 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 4) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u dziecka Ubezpieczonego objawów choroby albo chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 3, pod warunkiem że objawy te pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a dziecko Ubezpieczonego pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby.
3. W rozumieniu umowy dodatkowej poniższe terminy oznaczają:
 - 1) **nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), choroba Hodgkin’a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
 - 2) **krańcowa niewydolność nerek** – stan przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujący się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10ml/min oraz wymagający ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerki;
 - 3) **zapalenie mózgu** – ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej trzy tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego;
 - 4) **niewydolność wątroby** – krańcową przewlekłą niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem. Potwierdzenie rozpoznania jednoznacznie dokumentacją medyczną. Za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby, będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;

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

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie dziecka Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt. 4).
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawiania dziecka Ubezpieczonego pod wpływem leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim, bądź ze wskazaniem ich użycia, a także pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu;
 - 2) zaburzeń umysłu lub świadomości;
 - 3) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.);
 - 4) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 5) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 7) poddania dziecka Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - 8) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
 - 9) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 10) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS).

4. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności w sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie było poddane zaleconemu przez lekarza leczeniu, co miało wpływ na rozwój choroby.
5. Zdarzeń ubezpieczeniowych obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa, w rozumieniu niniejszych Warunków nie stanowią choroby wymienione w § 1 ust. 3, jeżeli ich objawy wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego dziecko Ubezpieczonego powinno być poddane opiece lekarskiej.
3. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za dokumenty takie uznaje się również wyniki badań, potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty rozpoznania choroby lub opuszczenia szpitala. Nietrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia § 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie dziecka Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt. 4).
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
7. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka § 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia większa składkę, płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z dzieci Ubezpieczonego rozpoczyna się po 6-miesięcznym okresie karencji, licznym od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta zawarta została później niż data wystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składek należnych za okres karencji i przy zachowaniu postanowień zawartych w OWU.

Ustalenie i wypłata świadczenia § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

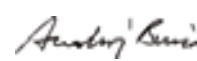
5. W przypadku zgłoszenia roszczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania dziecka Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza, w zakresie i o częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania przeprowadzane są na koszt Towarzystwa.
6. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony lub dziecko Ubezpieczonego nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.
7. Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o roszczeniu, nie wcześniej jednak niż w 31 dniu od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie okoliczności, koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, w powyższym terminie okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.
8. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczy tylko sytuacji w której kolejne zdarzenia nie wynikają pośrednio lub bezpośrednio ze zdarzenia, za które wypłacono świadczenie.

Postanowienia końcowe § 7


1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 86/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Życie z Rachunkiem Inwestycyjnym

(indeks GZ FI 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Życie z Rachunkiem Inwestycyjnym (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwanych dalej OWU), które przewidują zawarcie umów dodatkowych na podstawie niniejszych Warunków.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **całkowity wykup ubezpieczenia** – wypłatę całości środków zgromadzonych w każdym funduszu na rachunkach Ubezpieczonego;
 - 2) **cena kupna jednostki uczestnictwa** – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza wpłacane składki inwestycyjne na jednostki uczestnictwa;
 - 3) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – wartość jednostki uczestnictwa po której Towarzystwo przelicza jednostki uczestnictwa, zewidencjonowane na rachunkach przy dokonywaniu wykupu, wypłat z funduszu oraz przeniesienia środków pomiędzy funduszami;
 - 4) **częściowy wykup ubezpieczenia** – wypłatę części środków zgromadzonych w funduszach na rachunkach Ubezpieczonego;
 - 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 6) **fundusz** – wydzieloną część aktywów Towarzystwa;
 - 7) **jednostki uczestnictwa** – części o jednakowej wartości, na które podzielony został fundusz;
 - 8) **przeniesienie środków** – umorzenie środków jednego z funduszy i przeniesienie ich do innego według wskazania Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego, przy czym przeniesienie środków odbywa się po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa;
 - 9) **rachunek A** – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa każdego funduszu, nabywane na zasadach określonych w niniejszych Warunkach, na rzecz danego Ubezpieczonego, za składki inwestycyjne wpłacane ze środków pochodzących od Ubezpieczającego;
 - 10) **rachunek B** – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa każdego funduszu, nabywane na zasadach określonych w niniejszych Warunkach, na rzecz danego Ubezpieczonego, za składki inwestycyjne wpłacane ze środków pochodzących od Ubezpieczonego;
 - 11) **składka inwestycyjna** – składkę płaconą przez Ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, pochodząca ze środków Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego;
 - 12) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego, pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.

3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest dożycie przez Ubezpieczonego do dnia zajścia zdarzenia, uzasadniającego dokonanie wypłaty kwoty w wysokości wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialnością na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia mogą być objęte jedynie osoby objęte odpowiedzialnością na podstawie umowy ubezpieczenia.
5. Objęcie odpowiedzialnością na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić tylko pod warunkiem wypełnienia i podpisania deklaracji przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
7. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.

Składka

§ 3

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

Fundusze

§ 4

1. Fundusze tworzone są:
 - 1) ze składek inwestycyjnych wpłacanych przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonych;
 - 2) ze środków przenoszonych pomiędzy funduszami, z zastrzeżeniem postanowień § 6.
2. Ubezpieczony bądź Ubezpieczający ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród funduszy, różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym, w które lokowane będą składki inwestycyjne wpłacane przez Ubezpieczającego.
3. Każdy fundusz ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa danego funduszu o jednakowej wartości, na które przeliczane są składki inwestycyjne oraz środki przenoszone pomiędzy funduszami, wymienione w ust. 1, z dokładnością do jednej tysięcznej części jednostki.
4. Towarzystwo prowadzi dla każdego z Ubezpieczonych:
 - 1) rachunek A – pod warunkiem, że wpłynęła składka inwestycyjna pochodząca ze środków Ubezpieczającego,
 - 2) rachunek B – pod warunkiem, że wpłynęła składka inwestycyjna pochodząca ze środków Ubezpieczonego.

Wartość aktywów funduszu

§ 5

1. Wartość aktywów każdego funduszu ustalana jest w wysokości wartości rynkowej wszystkich lokat środków tego funduszu, według ich stanu w dniu wyceny.
2. Wartość rynkowa lokat środków każdego funduszu ustalana jest, w szczególności, zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości.
3. Wartość aktywów każdego funduszu jest powiększana o:
 - 1) wpłaty składek inwestycyjnych na rzecz Ubezpieczonych,
 - 2) wartość środków przeniesionych z innego funduszu do danego,
 - 3) przychody z lokat środków funduszu.
4. Wartość aktywów każdego funduszu jest pomniejszana w szczególności o:
 - 1) kwoty wypłacane w trybie § 9 i § 10 Warunków,
 - 2) wartość środków przeniesionych z danego funduszu do innego,
 - 3) koszty prowadzenia funduszu.
5. Wartość jednostki uczestnictwa każdego funduszu ustalana jest na podstawie wyceny.
6. Wycena dokonywana jest według zasad ustalonych przez Towarzystwo, nie rzadziej niż raz w tygodniu.
7. Maksymalna różnica pomiędzy ceną kupna a ceną sprzedaży jednostek uczestnictwa każdego funduszu określona jest w taryfie kosztów.
8. Towarzystwo powiadamia Ubezpieczającego o aktualnych wartościach jednostek uczestnictwa każdego z funduszy, a Ubezpieczonych o aktualnej liczbie zgromadzonych na rachunkach jednostek uczestnictwa każdego funduszu nie rzadziej niż raz na rok.

Nabywanie jednostek uczestnictwa funduszy

§ 6

1. Jednostki uczestnictwa nabywane są na rzecz każdego z Ubezpieczonych za składki inwestycyjne wpłacane przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego. Kwoty składek inwestycyjnych są przeznaczane na zakup jednostek uczestnictwa funduszy w części określonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia. Za każdą składkę inwestycyjną można nabyć jednostki uczestnictwa jednego lub wielu funduszy, zgodnie ze wskazaniem, o którym mowa w ust. 5.
2. Ubezpieczający, dokonując wpłaty każdej składki inwestycyjnej, dostarcza Towarzystwu imienną listę Ubezpieczonych, ze wskazaniem w szczególności:
 - 1) kwot składek inwestycyjnych wpłacanych przez Ubezpieczającego ze środków pochodzących od Ubezpieczającego (za które będą zakupione jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunku A danego Ubezpieczonego);
 - 2) kwot składek inwestycyjnych wpłacanych przez Ubezpieczającego ze środków pochodzących od Ubezpieczonego (za które będą zakupione jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunku B danego Ubezpieczonego);na rzecz każdego z Ubezpieczonych znajdujących się na liście.
3. Jednostki uczestnictwa każdego funduszu są nabywane według cen kupna jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę inwestycyjną na właściwy rachunek danego Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem, o którym mowa w ust. 2 oraz ust. 5. Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek Ubezpieczonego nie później niż 5 dnia roboczego od dnia, w którym spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Towarzystwo otrzymało od Ubezpieczającego dokumenty określone przez Towarzystwo, niezbędne do zewidencjonowania otrzymanych środków na właściwych rachunkach wszystkich Ubezpieczonych, za których została zapłacona składka inwestycyjna, w tym w szczególności imienną listę, o której mowa w ust. 2;
 - 2) na rachunku Towarzystwa zostały zaksięgowane środki w wysokości zgodnej z postanowieniami dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz imienną listą, o której mowa w ust. 2.
4. W przypadku, gdy warunki wymienione w ust. 3 zostały spełnione wcześniej niż na 5 dni przed terminem płatności składki, Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek w dniu, w którym upływa termin płatności składki.
5. Składki inwestycyjne lokowane są w różnych funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%. W przypadku braku wskazania funduszy, w które lokowane mają być składki, Towarzystwo lokuje całość składki przeznaczonej na zakup jednostek uczestnictwa w wybrany przez Towarzystwo fundusz. W przypadku wskazania nie sumującego się do 100%, Towarzystwo nadmiar lub niedobór składki dzieli proporcjonalnie do podziału, wskazanego przez Ubezpieczonego.
6. Składki inwestycyjne płacone ze środków Ubezpieczonego i składki inwestycyjne płacone ze środków Ubezpieczającego lokowane są w różnych funduszach zgodnie z tym samym podziałem procentowym, z zastrzeżeniem postanowień ust. 9.
7. Ubezpieczony, z zastrzeżeniem postanowień ust. 9 może w dowolnym terminie:
 - 1) zmienić podział procentowy każdej następczej składki inwestycyjnej, przeznaczonej na nabycie jednostek uczestnictwa w poszczególnych funduszach;
 - 2) przenosić środki pomiędzy funduszami.W obu przypadkach pierwsza taka operacja zmiany lub przeniesienia w danym roku polisowym, rozumianym jako 12 miesięcy od daty rocznicy polisy, jest wolna od opłaty. Za każdą następczą operację w danym roku polisowym pobierana jest opłata określona w taryfie kosztów. Operacje powyższe dotyczą jednocześnie rachunku A i B, z zastrzeżeniem postanowień ust. 9.
8. Operacje wymienione w ust. 7 dokonywane są na podstawie wniosku na formularzu Towarzystwa, dostarczonego za pośrednictwem Ubezpieczającego i następują:
 - 1) w przypadku zmiany podziału procentowego, o którym mowa w ust. 7 pkt 1), w stosunku do każdej następczej składki inwestycyjnej, za którą nabywane są środki po dacie otrzymania wniosku przez Towarzystwo;
 - 2) w przypadku przenoszenia środków pomiędzy funduszami, o którym mowa w ust. 7 pkt 2), najpóźniej w ciągu 5 dni roboczych od otrzymania wniosku przez Towarzystwo.
9. Dyspozycje, o których mowa w ust. 5, oraz operacje, o których mowa w ust. 7 – w przypadku rachunku A mogą być uzależnione od zgody Ubezpieczającego, na wniosek Ubezpieczającego, zgłoszony na formularzu wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia. W sytuacji opisanej powyżej:
 - 1) dyspozycje i operacje na rachunku A dokonywane są niezależnie od dyspozycji i operacji na rachunku B z zastrzeżeniem, że każdy wniosek o dokonanie operacji na rachunku A musi być zaakceptowany pisemnie przez Ubezpieczającego pod rygorem nieważności;
 - 2) operacje dokonywane są bezpłatnie raz w roku polisowym, niezależnie dla każdego z rachunków A i B.

Przystąpienie nowych osób do dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 7

Osoby przystępujące do dodatkowej umowy ubezpieczenia muszą spełniać następujące warunki:

- 1) złożyć wypełnioną i podpisaną deklarację przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) być objęte odpowiedzialnością na podstawie umowy ubezpieczenia.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 8

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

Wykup ubezpieczenia

§ 9

1. Ubezpieczony może dokonać całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia w czasie trwania umowy wyłącznie na zasadach określonych poniżej.
2. Wniosek o całkowity oraz częściowy wykup ubezpieczenia składany jest na formularzu Towarzystwa przez:
 - 1) Ubezpieczonego po akceptacji Ubezpieczającego – w przypadku wykupu z rachunku A;
 - 2) Ubezpieczonego – w przypadku wykupu z rachunku B.
3. Wniosek o całkowity lub częściowy wykup ubezpieczenia dotyczący jednostek znajdujących się na rachunku A Ubezpieczonego powinien zawierać pisemną akceptację wykupu przez Ubezpieczającego.
4. Całkowity wykup ubezpieczenia polega na wypłacie wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach Ubezpieczonego, który złożył wniosek o wykup na formularzu Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień ust. 2 i ust.3
5. Częściowy wykup ubezpieczenia polega na wypłacie wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach Ubezpieczonego, który złożył wniosek o wykup na formularzu Towarzystwa, wskazujący jaka kwota środków i z których funduszy ma podlegać wykupowi, przy zachowaniu postanowień ust. 2 i ust 3.

6. Zarówno w przypadku całkowitego jak i częściowego wykupu ubezpieczenia liczba jednostek odpowiadających swoją wartością kwocie dokonywanego wykupu jest odejmowana z rachunku, którego dotyczył wniosek o wykup.

7. Kwotę należną z tytułu całkowitego bądź częściowego wykupu ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia Towarzystwu wniosku o wykup, o którym mowa w ust. 2, w formie jednorazowej wypłaty.

8. Wartość wykupu (całkowitego lub częściowego) ustalana jest według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę kwoty całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia.

9. Kwota wartości całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia jest pomniejszana przed jej wypłaceniem o koszty wykupu określone przez Towarzystwo.

10. Kwota wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia jest przed jej wypłaceniem powiększana o kwoty zapłaconych na rzecz danego Ubezpieczonego składek, za które nie zostały jeszcze zakupione jednostki uczestnictwa.

11. Wysokość kosztów związanych z dokonywaniem wykupu ubezpieczenia, a także zasady ich pobierania, określone są na podstawie obowiązującej taryfy kosztów.

12. Wypłata wartości całkowitego wykupu, na zasadach określonych w ustępach powyższych, może nastąpić wyłącznie w przypadku, gdy nie zaszło zdarzenie opisane w § 10, w związku z którym Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty kwoty w wysokości wartości całkowitego wykupu.

§ 10

1. Niezależnie od innych postanowień Warunków, Towarzystwo wypłaca kwotę w wysokości wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia w następujących przypadkach:

- 1) zgonu Ubezpieczonego – Uposażonemu zgodnie z umową ubezpieczenia, na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia;
- 2) świadczenia z tytułu wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to jest objęte odpowiedzialnością Towarzystwa – Ubezpieczonemu, na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa;
- 3) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, w przypadkach określonych w § 12 – w terminie 30 dni od daty pisma informującego Ubezpieczającego o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia.

2. Wypłata kwoty wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia kończy odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem Ubezpieczonego, którego dotyczył wykup.

3. Wartość wykupu całkowitego ustalana jest, w przypadkach:

- 1) o którym mowa w ust.1 pkt 1) – według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zgonu Ubezpieczonego;
- 2) o którym mowa w ust.1 pkt 2) – według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zaakceptowania wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego;
- 3) o którym mowa w ust.1 pkt 3) – według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.

4. W przypadku ustania stosunku pracy, jeżeli Ubezpieczony nie uzyska akceptacji Ubezpieczającego, dotyczącej całkowitego wykupu ubezpieczenia, o której mowa w § 9 ust. 3 jednostki uczestnictwa znajdujące się na rachunku A danego Ubezpieczonego mogą, zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego doręczonym Towarzystwu:

- 1) powiększać liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach A pozostałych Ubezpieczonych, objętych dodatkową umową ubezpieczenia,
 - 2) albo zostać zablokowane na rachunku A do dnia upływu okresu wskazanego przez Ubezpieczającego.
5. Wskazanie sposobu rozporządzenia jednostkami zgromadzonymi na rachunku A, o którym mowa w ust. 4, doręczone Towarzystwu, jest wiążące w stosunku do wszystkich osób objętych dodatkową umową ubezpieczenia.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający może zablokować środki znajdujące się na rachunkach A Ubezpieczonych do dnia upływu okresu wskazanego przez Ubezpieczającego.
7. O ile strony nie postanowią inaczej:
- 1) w okresie pierwszych 5 lat licząc od końca roku, w którym rozpoczęła się odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wyłącza się możliwość zaciągania przez Ubezpieczonego zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia do tych świadczeń lub do tej części świadczeń, do których Ubezpieczony nabył prawo w związku z wpłacaniem przez Ubezpieczającego składek w wysokości, w jakiej składki te zostały uznane za koszt uzyskania przychodu przez Ubezpieczającego;
 - 2) w okresie pierwszych 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpoczęła się odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wyłącza się możliwość dokonania wykupu z rachunku A tego Ubezpieczonego;
 - 3) osobą uprawnioną do wypłaty świadczeń z umowy ubezpieczenia nie może być Ubezpieczający.

Zawieszenie opłacania składki

§ 11

1. Za zgodą Towarzystwa obowiązek opłacania składek na rzecz danego Ubezpieczonego może zostać zawieszony. Zawieszenie następuje na wniosek złożony przez Ubezpieczonego, doręczony Towarzystwu za pośrednictwem Ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed terminem płatności składki.

2. Obowiązek opłacania składki ulega zawieszeniu na okres wskazany we wniosku, o którym mowa w ust. 1, ale nie dłużej niż na 12 miesięcy.
3. W okresie zawieszenia nie są pobierane koszty prowadzenia rachunków, określone w obowiązującej taryfie kosztów.

Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 12

Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:

- 1) spadku wartości środków wniesionych z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia poniżej kwoty określonej w umowie dodatkowej;
- 2) rozwiązania umowy ubezpieczenia.

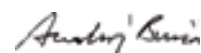
Postanowienia końcowe

§ 13

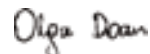
1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 87/2001 z dnia 21 grudnia 2001 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2002 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Grupowego Ubezpieczenia na Życie Allianz Rodzina o indeksie GZ 05

Zakres ubezpieczenia

Indeks OWU

Zakres podstawowy

Zgon Ubezpieczonego

GZ 05

Zakres rozszerzony – umowy dotyczące Ubezpieczonego

Zgon Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku

GZ NW 03

Zgon Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku Komunikacyjnego

GZ WK 02

Zgon Ubezpieczonego w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu

GZ WZ 03

Inwalidztwo Ubezpieczonego

GZ IN 03

Częściowe Inwalidztwo Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku – Pełna Ochrona

GZ CP 03

Częściowe Inwalidztwo Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku

GZ CI 03

Wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

GZ PW 02

Leczenie Ubezpieczonego w Szpitalu

GZ SU 02

Leczenie operacyjne Ubezpieczonego

GZ LO 01

Niezdolność do Pracy z Powodu Choroby Zawodowej¹⁾

GZ CZ 02

Świadczenia Opiekuńcze dla Ubezpieczonego

GC AU 01

Zakres rozszerzony – umowy dotyczące rodziny Ubezpieczonego

Zgon Współmałżonka Ubezpieczonego

GZ ZW 03

Zgon Współmałżonka Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku

GZ ZN 02

Wystąpienie u Współmałżonka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

GZ PZ 02

Częściowe inwalidztwo współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku

GZ IW 01

Zgon Współmałżonka po Zgonie Ubezpieczonego

GZ ZU 03

Zgon Rodzica lub Rodzica Współmałżonka

GZ ZR 03

Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu

GZ UD 02

Zgon Dziecka i Urodzenie się Martwego Dziecka

GZ ZD 02

Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego

GZ OD 02

Wystąpienie u Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

GZ PD 02

Zakres rozszerzony – umowy inwestycyjne

Dodatkowe Ubezpieczenie z Rachunkiem Inwestycyjnym

GZ FI 02

¹⁾oferowane tylko dla wybranych grup zawodowych

Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Grupowego Ubezpieczenia na Życie Allianz Rodzina o indeksie GZ 05 – Warianty

Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w procencie sumy ubezpieczenia													
	Wariant A	Wariant AL	Wariant B	Wariant BL	Wariant C	Wariant CL	Wariant D	Wariant DL	Wariant E	Wariant EL	Wariant F	Wariant FL	Wariant G	
Zgon Ubezpieczonego	100%	100%	100%	100%	275%	275%	275%	275%	100%	100%	100%	100%	100% max 30 000 zł	
Zgon Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku	200%*	200%*	200%*	200%*	500%*	500%*	500%*	500%*	200%*	200%*	200%*	200%*	200%*	
Zgon Ubezpieczonego w Następstwie Zawatu Serca lub Udaru Mózgu	200%*	200%*	200%*	200%*	500%*	500%*	500%*	500%*	200%*	200%*	200%*	200%*	200%*	
Inwalidztwo Ubezpieczonego	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Częściowe Inwalidztwo Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku – Pełna Ochrona	4% max 600 zł za 1%	4% max 600 zł za 1%	4% max 600 zł za 1%	4% max 600 zł za 1%	4% max 600 zł za 1%	4% max 600 zł za 1%	4% max 600 zł za 1%	4% max 600 zł za 1%	1% max 600 zł za 1%	1% max 600 zł za 1%	1% max 600 zł za 1%	1% max 600 zł za 1%	1% max 600 zł za 1%	
Zgon Współmałżonka Ubezpieczonego	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Zgon Współmałżonka Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku														
Zgon Rodzica lub Rodzica Współmałżonka	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	20% max 2 000 zł	
Zgon Dziecka i Urodzenie się Martwego Dziecka	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	30% max 4 000 zł	
Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	10% max 2 000 zł	
Ostercenie Dziecka przez Ubezpieczonego	20% max 3 000 zł	20% max 3 000 zł	20% max 3 000 zł	20% max 3 000 zł	20% max 3 000 zł	20% max 3 000 zł	20% max 3 000 zł	20% max 3 000 zł	20% max 3 000 zł	20% max 3 000 zł	20% max 3 000 zł	20% max 3 000 zł	20% max 3 000 zł	
Zgon Współmałżonka po Zgonie Ubezpieczonego	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	40% max 10 000 zł	40% max 10 000 zł	30% max 10 000 zł	30% max 10 000 zł	30% max 10 000 zł	30% max 10 000 zł	30% max 10 000 zł	30% max 10 000 zł	30% max 10 000 zł	30% max 10 000 zł	30% max 10 000 zł	30% max 10 000 zł	30% max 10 000 zł	
Wystąpienie u Współmałżonka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania														
Wystąpienie u Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania														
Zgon w następstwie wypadku komunikacyjnego														
Częściowe Inwalidztwo Współmałżonka Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku – Pełna Ochrona	0,75% max 100 zł za jeden dzień	0,75% max 100 zł za jeden dzień	0,75% max 100 zł za jeden dzień	0,75% max 100 zł za jeden dzień	0,75% max 100 zł za jeden dzień	0,75% max 100 zł za jeden dzień	0,75% max 100 zł za jeden dzień	0,75% max 100 zł za jeden dzień	0,75% max 100 zł za jeden dzień	0,75% max 100 zł za jeden dzień	0,75% max 100 zł za jeden dzień	0,75% max 100 zł za jeden dzień	0,75% max 100 zł za jeden dzień	
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu														

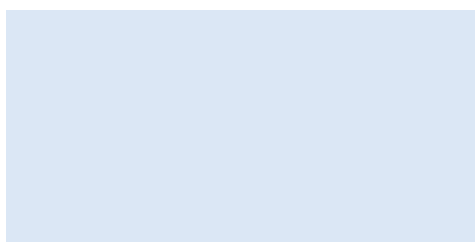
Świadczenia Opiekuńcze dla Ubezpieczonego

bezpłatne usługi świadczone przez ELVIĘ sp. z o.o. dostępne 24 godziny na dobę pod numerem telefonu 0 – prefiks 522 25 06 dodawane do każdego z Wariantów, jeżeli składka za ubezpieczenie wynosi co najmniej 30 zł miesięcznie od jednego Ubezpieczonego.

* wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia za zgon Ubezpieczonego
 ** wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia za zgon Ubezpieczonego oraz za zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku.
 ... wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia z tytułu zgonu współmałżonka

Infolinia: 0 801 10 20 30

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



OWU-GZ/05/05.2002