

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

TU Allianz Życie Polska S.A.



Ubezpieczenia grupowe na życie

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie (indeks GZ 08)

Allianz – ubezpieczenia od A do Z

Allianz 

Spis treści

Zakres podstawowy

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie (indeks GZ 08)	3
----------------------------------------------------------------------	---

Zakres rozszerzony dotyczący Ubezpieczonego

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku (indeks GZ NW 05)	11
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (indeks GZ WK 04)	12
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (indeks GZ WZ 05)	13
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie choroby lub wypadku z wypłatą renty miesięcznej. (indeks GZ NU 01)	14
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku – pełna ochrona (indeks GZ CP 05)	16
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku (indeks GZ CI 06)	18
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania (indeks GZ PZ 05)	20
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania na boreliozę lub odkleszczowe zapalenie mózgu. (indeks GZ PZB 02)	23
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu (indeks GZ SU 05)	25
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku (indeks GZ SNW 03)	26
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (indeks GZ SO 01)	27
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia operacyjnego Ubezpieczonego (indeks GZ LO 03)	28
Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia operacyjnego Ubezpieczonego o indeksie GZ LO 03 kategorie trudności leczenia operacyjnego	30
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych (Indeks GZ PP 01)	31
Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych (indeks GZ PP 01) – rodzaje powikłań	33
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej (indeks GZ CZ 04)	34
Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej o indeksie GZ CZ 04 – wykaz chorób zawodowych	35
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia przewlekłej choroby narządu mowy (indeks GZ CL 02)	36
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego Rodziny (indeks GZ AU 05)	37
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych w związku z utratą pracy przez Ubezpieczonego z przyczyn dotyczących Pracodawcy (indeks GZ UP 02)	40

Zakres rozszerzony dotyczący współmałżonka Ubezpieczonego

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego (indeks GZ ZM 05)	42
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku (indeks GZ ZN 04)	43
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u współmałżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania (indeks GZ PW 05)	44
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu u współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku (indeks GZ IW 05)	46
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego po zgonie Ubezpieczonego (indeks GZ ZU 05)	48

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego (indeks GZ ZR 06)	49
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu rodzica Ubezpieczonego (indeks GZ ZRU 03)	50

Zakres rozszerzony dotyczący dziecka Ubezpieczonego

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu (indeks GZ UD 06)	51
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu dziecka Ubezpieczonego i urodzenia się martwego dziecka (indeks GZ ZD 05)	52
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego (indeks GZ OD 05)	53
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia z wypłatą renty miesięcznej w razie osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego (indeks GZ OR 03)	54
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania (indeks GZ PD 05)	55

Zakres rozszerzony – umowy inwestycyjne

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (indeks GZ FI 04)	57
Taryfa kosztów do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym o indeksie GZ FI 04	61

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie (indeks GZ 08)

Postanowienia ogólne

§ 1

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (o. w. u.) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S. A., zwane dalej Towarzystwem – z pracodawcami, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.

2.

Użyte w niniejszych o.w.u. oraz w umowach dodatkowych określenia oznaczają:

- 1) akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko Ubezpieczonemu lub odpowiednio Współubezpieczonemu, co zniewala 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 – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszania ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych;
- 3) centrum operacyjne – Elvia Assistancje sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – przedstawiciel Towarzystwa udzielający świadczeń opiekuńczych, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Towarzystwo za pośrednictwem Ubezpieczającego;
- 4) choroba – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 5) choroba psychiczna – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD –10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00 –F99);
- 6) czynności życia codziennego –
 - a) poruszanie się w domu – poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej, lub przemieszczanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu samodzielnie lub z użyciem wózka, balkoniku (na jednym poziomie),
 - b) kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu przy utrzymaniu zadowalającej higieny osobistej,
 - c) mycie i toaleta – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem i higieną osobistą w stopniu umożliwiającym utrzymanie higieny osobistej,
 - d) ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - e) jedzenie – wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie);
- 7) data przystąpienia do ubezpieczenia – data wskazana w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia jako data rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego;
- 8) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 9) Dyrekcja Generalna – podstawowa jednostka organizacyjna Towarzystwa powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Towarzystwa; adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Towarzystwa wskazany w polisie;
- 10) dziecko – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego:
 - a) w wieku do 20 lat,
 - b) bez względu na wiek, jeżeli dziecko jest trwale niezdolne do pracy zarobkowej (w odniesieniu do umowy dodatkowej zgon współmałżonka po zgonie Ubezpieczonego, w odniesieniu do umowy dodatkowej osierocenia dziecka oraz w odniesieniu do umowy dodatkowej zgonu dziecka i urodzenia się martwego dziecka)
- 11) indeksacja składki – zwiększenie wysokości składki indeksem zaproponowanym przez Towarzystwo;
- 12) 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 umowach;
- 13) lekarz uprawniony – doradca medyczny wskazany przez Towarzystwo i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego jak również do przeprowadzania ekspertyz lekarskich;
- 14) matka – matka naturalna;
- 15) macocha – osoba, z którą ojciec Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci matki naturalnej Ubezpieczonego lub odpowiednio matki naturalnej współmałżonka Ubezpieczonego lub osoba, która pozostawała w związku małżeńskim z ojcem naturalnym w chwili jego śmierci;
- 16) ojciec – ojciec naturalny;
- 17) ojczym – osoba, z którą matka Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci ojca naturalnego Ubezpieczonego lub odpowiednio ojca naturalnego współmałżonka Ubezpieczonego, lub osoba, która pozostawała w związku małżeńskim z matką naturalną w chwili jej śmierci;
- 18) osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego – zgon Ubezpieczonego, który nastąpił przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz dodatkowo:
 - a) przed osiągnięciem przez dziecko Ubezpieczonego 20. roku życia,
 - b) bez względu na wiek dziecka Ubezpieczonego, jeżeli jest ono całkowicie niezdolne do pracy zarobkowej;
- 19) placówka medyczna – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 20) poważne zachorowanie – wystąpienie u Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego objawów choroby (chorób) wskazanych w dodatkowej umowie ubezpieczenia lub poddanie się zabiegom operacyjnym wskazanym w dodatkowych umowach ubezpieczenia, pod warunkiem, że objawy chorób wskazanych w dodatkowej umowie ubezpieczenia lub choroby będące bezpośrednią lub pośrednią przyczyną dokonania zabiegów wskazanych w dodatkowej umowie ubezpieczenia pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a osoba objęta ochroną pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty pierwszej diagnozy choroby lub poddania się zabiegom operacyjnym;
- 21) pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku 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;
- 22) Pracownik – osoba fizyczna, którą łączy z Ubezpieczającym stosunek prawny opisany w pkt 31);
- 23) Przedstawiciel ustawowy – osoba, której umocowanie do działania w imieniu osoby niemającej zdolności do czynności prawnych lub mającej ograniczoną zdolność do czynności prawnych, wynika z przepisów prawa;
- 24) przysposobienie – powstanie takiego stosunku pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym, jak między rodzicami a dziećmi (w tym przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka);

- 25) reoperacja – operacja na narządach uprzednio operowanych;
- 26) rocznica polisy – każda rocznica daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 27) składka – składka ochronna w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym oraz w ramach zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym;
- 28) suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota będąca podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacanego w razie zajścia w życiu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego zdarzenia określonego umową ubezpieczenia;
- 29) techniczna stopa procentowa – zakładana przez Towarzystwo teoretyczna stopa zysku z inwestowania rezerwy matematycznej w trakcie trwania ubezpieczenia, wynosząca 3,25% w skali roku;
- 30) trwałe uszczerbek na zdrowiu – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy, będące następstwem wypadku;
- 31) Ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca Ubezpieczonych. Dla potrzeb niniejszych o.w.u. na równi z zatrudnieniem (stosunkiem pracy) traktuje się istnienie pomiędzy Ubezpieczającym i osobami obejmowanymi ubezpieczeniem związku uzasadniającego – zdaniem Towarzystwa – możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych o.w.u. (np. przynależność Ubezpieczonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego);
- 32) Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
- 33) umowa ubezpieczenia – umowa zawierana na podstawie niniejszych o.w.u.;
- 34) Uposażony – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- 35) Uposażony zastępczy – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Uposażony nie żyje lub utracił prawo do świadczenia;
- 36) urodzenie martwego dziecka – urodzenie się noworodka martwego, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia, którego Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka;
- 37) Współmałżonek – osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 38) Współubezpieczony – osoba objęta ubezpieczeniem na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia członka rodziny Ubezpieczonego;
- 39) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego oraz które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie następujących dodatkowych umów ubezpieczenia:
 - a) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku,
 - b) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - c) wystąpienia u Ubezpieczonego niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - d) wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu u Ubezpieczonego,
 - e) leczenia Ubezpieczonego w szpitalu,
 - f) leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku,
 - g) leczenia Ubezpieczonego na OIOM,
 - h) leczenia operacyjnego,
 - i) świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz Rodziny Ubezpieczonego,
 - j) zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku,
 - k) trwałego uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku;
- 40) wypadek przy pracy – zdarzenie odpowiadające przesłankom określonym w art. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (DzU z 2002 r. nr 199, poz. 1673, z późn. zm.), zaistniałe jedynie podczas wykonywania obowiązków wynikających z umowy o pracę, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego; zdarzenie to musi spełniać definicję wypadku określoną w pkt 39 niniejszych Warunków;

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa § 2

1. Podstawowy zakres umowy ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w zakresie podstawowym jest życie Ubezpieczonego. W razie zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym przedmiotem ubezpieczenia może być życie lub zdrowie Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego oraz określone w umowie ubezpieczenia zdarzenia zachodzące w życiu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęty 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 jest określany w polisie na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie lub zmianę umowy ubezpieczenia.
6. Zakres ubezpieczenia jest jednakowy dla wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej umowy ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.
7. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego i odpowiednio Współubezpieczonego 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 od 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 niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) chorób psychicznych;
 - 3) wypadku lotniczego; nie dotyczy to sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Współubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 4) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru;
 - 6) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty motorowe lub motorowodne, sporty powietrzne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, speleologia, wspinaczka górską i skałkowa, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych;
 - 7) uczestniczenia Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;

- 8) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 9) poddania się przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z wypadkiem;
- 10) zatrucia się Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
- 11) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności;
- 12) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
- 13) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu;
- 14) kłęski żywiołowej ogłoszonej przez odpowiednie organy administracji państwowej.

9.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowych umów ubezpieczenia niebędącego następstwem wypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

- 1) pozostawania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
- 2) chorób psychicznych;
- 3) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru
- 5) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty motorowe lub motorowodne, sporty powietrzne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, speleologia, wspinaczka górską i skałkową, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych;
- 6) uczestniczenia Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
- 7) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 8) poddania się przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
- 9) zatrucia się Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
- 10) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności;
- 11) epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej.

10.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu będącego następstwem wypadku Ubezpieczonego, jeżeli zgon nastąpił po upływie 180 dni od zajścia wypadku. W tym przypadku odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty świadczenia z tytułu zgonu.

11.

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

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 3

1.

Umowa ubezpieczenia wraz z umowami dodatkowymi zawierana jest na okres jednego roku. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia przed rocznicą polisy, wówczas umowa dodatkowa zawierana jest na okres do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po dacie jej zawarcia. Umowa ubezpieczenia wraz z umowami dodatkowymi ulegają przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia i umowy dodatkowe mogą być przedłużane wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego powyżej.

2.

Umowa ubezpieczenia i umowy dodatkowe mogą być zawarte dla grupy łączącej co najmniej 5 osób.

3.

Umowa ubezpieczenia i umowy dodatkowe są zawierane na podstawie poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego, na formularzu Towarzystwa.

4.

Ubezpieczający jest zobowiązany 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.

5.

Towarzystwo może wymagać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia innych dokumentów, w szczególności kwestionariusza medycznego, uznanych przez Towarzystwo za niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia, w tym dokumentacji koniecznej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego w stosunku do osób zgłaszanych do ubezpieczenia.

6.

Dokumenty wymienione w ust. 4 i ust. 5, po ich zaakceptowaniu przez Towarzystwo, stanowiąc będą załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

7.

Towarzystwo może przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub przed przystąpieniem Ubezpieczonego do umowy już zawartej skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie, z wyłączeniem badań genetycznych. Koszty takich badań ponosi Towarzystwo.

8.

Towarzystwo może uzyskać od podmiotów, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.), które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

9.

Z wnioskiem o przekazanie informacji, o których mowa w ust. 8, występuje lekarz uprawniony przez Towarzystwo.

10.

Towarzystwo może za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą, albo jej przedstawiciela ustawowego, na pisemne żądanie innego zakładu ubezpieczeń, udostępnić temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczającego lub

Ubezpieczonego lub osobę, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

11.

Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza, wystawiając polisę dla Ubezpieczającego oraz dokument indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego.

12.

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. O ile Towarzystwo nie postanowi inaczej, wymagane jest spełnienie przy tym następujących warunków:

- 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.

13.

Dla każdej z grup Towarzystwo wystawia odrębną polisę.

14.

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, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.

15.

W razie zmiany liczebności grupy po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany każdorazowo do przesyłania, najpóźniej ostatniego dnia każdego miesiąca obowiązywania umowy, 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) ustanie stosunku pracy (dopuszcza się przedłużenie ochrony o jeden miesiąc w razie, zapłaty składki za kolejny miesiąc ochrony),
 - b) przerwa w zatrudnieniu z powodu odbywania zasadniczej służby wojskowej, przebywanie na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym, chyba że Ubezpieczający nadal przekazuje składkę za Ubezpieczonego,
 - c) zgon Ubezpieczonego,
 - d) rezygnacja Ubezpieczonego.

§4

1.

Umowa jest zawierana w trybie, o którym mowa w § 3, jeżeli Ubezpieczający zatrudniającego:

- 1) od 5 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 sytuacji gdy Ubezpieczający określi dodatkowe kryteria, które muszą spełniać Pracownicy 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.

Zmiana wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub którejkolwiek z dodatkowych umów ubezpieczenia może zostać dokonana na wniosek Ubezpieczającego lub Towarzystwa złożonego drugiej stronie nie później niż na miesiąc przed każdą rocznicą polisy. W celu wprowadzenia zmian, o których mowa w zdaniu poprzedzającym konieczna jest akceptacja Ubezpieczającego oraz Towarzystwa nowych warunków ubezpieczenia. Towarzystwo wyrażając zgodę może zastosować 6-miesięczny okres karencji. Karencja odnosi się do wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia.

4.

Karencji o której mowa w ust. 3, nie stosuje się w przypadku podwyższenia świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub którejkolwiek z dodatkowych umów ubezpieczenia w wyniku zaakceptowania przez Ubezpieczającego indeksacji składki o której mowa w § 7 ust. 10.

5.

W razie 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.

Suma ubezpieczenia

§ 6

1.

Suma ubezpieczenia jest ustalana przez strony umowy ubezpieczenia przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.

2.

Suma ubezpieczenia jest wyrażona w następujący sposób:

- 1) kwotowo,
- 2) jako krotność miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto, przysługującego Ubezpieczonemu z tytułu umowy o pracę w miesiącu poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia.

3.

Suma ubezpieczenia musi być wyrażona jednakowo dla wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej grupy.

4.

W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 2), ubezpieczeniem musi zostać objętych 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 jest wyrażona jako krotność miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto, może być ona zmieniona w rocznicę polisy na podstawie pisemnej informacji o wysokości wynagrodzenia przysługującego Ubezpieczonemu w miesiącu poprzedzającym rocznicę polisy. Wniosek o wyższą zmianę musi wpłynąć do Towarzystwa w trybie § 5 ust. 1.

Składka

§ 7

1.
Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki w wysokości i z częstotliwością wskazanych 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 jest równa iloczynowi stopy składki i sumy ubezpieczenia.

5.
Składka za ubezpieczenie jest kalkulowana w oparciu o techniczną stopę procentową.

6.
Składka jest płatna najpóźniej pierwszego dnia okresu, za który jest należna, a w przypadku składki płatnej miesięcznie – najpóźniej pierwszego dnia miesiąca, za który jest należna.

7.
Wysokość stopy składki jest ustalana przez Towarzystwo na każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia. W razie 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.
Jeżeli 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. 7 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.

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

10.
Towarzystwo może zaproponować indeksację składki oraz sumy ubezpieczenia w rocznicę polisy.

11.
Składka jest indeksowana indeksem ustalonym wcześniej przez Towarzystwo, uwzględniającym między innymi skutki inflacji.

12.
Informacja o indeksacji przesyłana jest do Ubezpieczającego nie później niż na dwa miesiące przed rocznicą polisy.

13.
Niedoręczenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej indeksacji stopy składki ochronnej w terminie miesiąca przed rocznicą polisy będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na proponowaną wysokość składki.

14.

W razie zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia składka jest równa sumie składek należnych na podstawie umowy ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia.

15.

Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, gdy wpłynie ona na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy Towarzystwa, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.

16.

Wszelkie rozliczenia składek wpłaconych do Towarzystwa dokonywane są z Ubezpieczającym, a w szczególności:

- a) zwroty składek wpłaconych po zamknięciu umowy,
- b) zwroty składek nadpłaconych.

Nieopłacanie składek

§ 8

1.

W sytuacji 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 bankowy 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. 4 pkt. 1) oraz ust. 15.

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 razie 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 razie gdy Ubezpieczający nie dokona powyższej wpłaty w terminie określonym w ust. 4, Towarzystwo jest zwolnione z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie zawieszenia odpowiedzialności.

6.

W razie podjęcia decyzji o niezawieszeniu odpowiedzialności, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie, jednocześnie wywołując 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, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej, 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 jest wymieniony w wykazie imiennym, o którym mo-

- wa w § 3 ust. 4 pkt 1) oraz ust. 15 pkt 1);
- 3) zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego pierwsza składka, z zastrzeżeniem § 8 ust. 1;
 - 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. 4 pkt 1) oraz ust. 15 pkt 1).

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego względem danego Ubezpieczonego wygasa niezależnie od innych postanowień o. w. u.:

- 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
- 2) w ostatnim dniu miesiąca, w którym przekazana została za Ubezpieczonego składka, jednak nie później niż miesiąc po ustaniu stosunku pracy;
- 3) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony wystąpił z umowy ubezpieczenia z powodów wskazanych w §3 ust. 15 pkt 2) ppkt b) i ppkt d), co zostało potwierdzone w wykazie osób występujących z umowy ubezpieczenia;
- 4) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia;
- 5) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności, o którym mowa w § 8 ust. 4;
- 6) 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.

4.

Po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej względem danego Ubezpieczonego Towarzystwo nie może podnieść zarzutu o zatajeniu przez Ubezpieczonego istotnych przy przystępowaniu do ubezpieczenia okoliczności i uwolnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

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 zajściu tej okoliczności.

3.

W razie rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 1 lub ust. 2 Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony lub składki wpłaconej po zamknięciu umowy, każdy rozpoczęty miesiąc traktuje się jako miesiąc pełny, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność.

4.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia skutkuje rozwiązaniem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 11

1.

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy.

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 nieubezpieczonych. 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 są traktowane tak jak osoby wcześniej nieubezpieczone.

2.

Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową Pracowników, o których mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia niniejszych o. w. u., 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 osób, o których mowa w ust. 2 i 3, które przystąpiły do umowy ubezpieczenia w rocznicę polisy.

5.

Postanowień ust. 2 nie stosuje się w odniesieniu do Pracowników, którzy po przerwie w zatrudnieniu z powodu odbywania zasadniczej służby wojskowej, urlopu wychowawczego lub bezpłatnego wznowia przekazywanie składek nie później niż w okresie jednego miesiąca, licząc od daty ponownego zatrudnienia po tej przerwie.

6.

W okresie karencji, o którym mowa w ust. 2, odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia i wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia są objęte tylko zdarzenia będące następstwem wypadku.

7.

Osoba, która przebywała na zwolnieniu lekarskim, może być zgłoszona do ubezpieczenia po upływie jednego miesiąca od dnia podjęcia pracy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania dodatkowej dokumentacji medycznej dotyczącej jej stanu zdrowia.

Staż w umowie ubezpieczenia

§ 13

1.

Ubezpieczony, który wystąpił z niniejszej umowy grupowego ubezpieczenia na życie a następnie przystąpił do kolejnej umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem lub zawarł umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie lub zrezygnował z polisy indywidualnej kontynuacji i przystąpił do polisy grupowej i przerwa pomiędzy datą wystąpienia i przystąpienia do umowy jest nie dłuższa niż trzy miesiące zachowuje ciągłość stażu w umowie.

2.

Ciągłość stażu, o którym mowa w ust. 1, dotyczy tylko i wyłącznie ryzyk, które objęte są ochroną zarówno w umowie ubezpieczenia, z której Ubezpieczony występuje jak i w umowie ubezpieczenia, do której Ubezpieczony przystępuje.

3.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie między wystąpieniem ubezpieczonego z jednej umowy i przystąpieniem do kolejnej.

Kontynuacja ubezpieczenia

§ 14

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

- 1) ustanie stosunku pracy,
- 2) ukończenie przez Ubezpieczonego 65. roku życia,
- 3) rozwiązanie umowy ubezpieczenia z powodu zaprzestania działalności lub likwidacji Ubezpieczającego,
- 4) wystąpienie Ubezpieczonego z umowy z powodów wskazanych w § 3 ust. 15 pkt 2) ppkt b).

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

§ 15

1.

Z tytułu zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca świadczenie osobie uprawnionej do jego otrzymania w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

2.

Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego są:

- a) Uposażeni;
- b) Uposażeni Zastępczy, w razie braku Uposażonych;
- c) osoby wymienione w § 18 niniejszych o. w. u., jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

3.

W sytuacji gdy suma wskazań udziałów procentowych Uposażonych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia wyznaczane są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.

4.

Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

5.

Za moment zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zawiadomienia o powyższym zdarzeniu do Dyrekcji Generalnej lub oddziału Towarzystwa.

6.

Dokumentem niezbędnym do uznania za prawidłowe zawiadomienia o zdarzeniu losowym, o którym mowa w ust. 1, jest dołączenie kopii aktu zgonu Ubezpieczonego.

7.

Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego oraz osoby uprawnione, wskazując wykaz dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia.

8.

Na podstawie przesłanych dokumentów Towarzystwo przeprowadzi postępowanie dotyczące:

- 1) potwierdzenia faktu zaistnienia zdarzenia;
- 2) potwierdzenia zasadności zgłoszonych roszczeń;
- 3) ustalenia wysokości świadczenia;
- 4) ustalenia osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia;
- 5) ustalenia sposobu przekazania świadczenia.

9.

Towarzystwo ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 7, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych, przy czym sposób udostępniania akt szkodowych nie może wiązać się z nadmiernymi, ponad potrzebę, utrudnieniami dla tych osób.

§ 16

1.

Świadczenie, o którym mowa w § 15 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.

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony powinien niezwłocznie powiadomić Towarzystwo w trybie wskazanym w ust. 1, najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.

3.

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.

4.

Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:

- 1) aktu zgonu (odpisu lub kopii poświadczony przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem),
- 2) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajścia zdarzenia,
- 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego,
- 4) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.

5.

Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

6.

Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie przewidzianym w ust. 5.

§ 17

1.

Ubezpieczony może wskazać Uposażonego (Uposażonych) i Uposażonego Zastępczego (Uposażonych Zastępczych) jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego zgonu – zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w 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 i Uposażonego Zastępczego Ubezpieczony składa Towarzystwu na piśmie.

4.

Towarzystwo jest związane dokonaną zmianą począwszy od dnia otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego lub odpowiednio Uposażonego Zastępczego.

§ 18

1.

Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego ani Uposażonego Zastępczego albo gdy żaden Uposażony (lub Uposażony Zastępczy) w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni (lub Uposażeni Zastępczy) utracili prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:

- 1) współmałżonkowi;
- 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak współmałżonka;
- 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
- 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
- 5) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

2.

Jeżeli Ubezpieczony i Uposażony utracili życie podczas grożącego im wspólnie niebezpieczeństwa i na podstawie zgromadzonej dokumentacji nie można ustalić dokładnej chwili zgonu każdego z nich, domniemywa się, że zmarli jednocześnie. W przypadku gdy zgony nastąpiły równocześnie, uznaje się, że Uposażony nie dożył chwili śmierci Ubezpieczonego.

3.

Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i w dniu zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa jeden ze wskazanych Uposażonych nie żył albo utracił prawo do świadczenia, to jego część świadczenia przejmują pozostali Uposażeni, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego.

4.

Powyższy zapis odnosi się analogicznie do kręgu Uposażonych Zastępczych.

Obowiązki Ubezpieczającego

§ 19

1.

Ubezpieczający, w sposób zwyczajowo u niego przyjęty, zapewniający skuteczne doręczenie, zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu:

- 1) przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia informacji w tym zakresie,
- 2) niezwłocznie po otrzymaniu od Towarzystwa informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym wartości wykupu jeżeli ich wartość ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

2.

W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w ust. 1 Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

Postanowienia końcowe

§ 20

1.

Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym.

2.

Jeżeli Ubezpieczający albo Ubezpieczony zmienił adres siedziby lub zamieszkania i nie powiadomił o tym Towarzystwa, przyjmuje się, że Towarzystwo wypełniło swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia, wysyłając pismo pod ostatnio znany mu adres.

§ 21

1.

Postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych o.w.u. mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia w porozumieniu z Ubezpieczającym odrębnym aneksem.

2.

Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 22

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.

§ 23

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi o.w.u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.

2.

Skargi lub zażalenia, związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony, Uposażony Zastępczy lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłaszać do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Towarzystwa, w której kompetencjach leży rozpatrzenie sprawy, której skarga lub zażalenie dotyczy. Skargi lub zażalenia mogą być również kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

3.

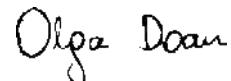
Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie) albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, Uposażonego Zastępczego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

3.

Niniejsze o.w.u. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 33/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku (indeks GZ NW 05)

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.

2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęty zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku.

3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach określonych w §2 ust. 7 i 8 umowy ubezpieczenia.

§ 2

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, wysokość świadczenia podania jest łącznie z wysokością świadczenia za zgon Ubezpieczonego.

2. Osoba uprawniona jest zobowiązana 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.

3.

Wypłata świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie wypadku następuje tylko w razie zaakceptowania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, wypłacanego w oparciu o postanowienia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 3

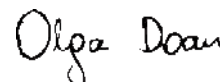
1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 34/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (indeks GZ WK 04)

§ 1

1.

Użyty w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenie oznacza: wypadek komunikacyjny – wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony uległ jako:

- a) 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) rowerzysta,
- c) pieszy.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.

3.

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęty zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego.

4.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach określonych w §2 ust. 7 i 8 umowy ubezpieczenia.

Do Ubezpieczonego kierującego zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych nie stosuje się wyłączenia dotyczącego wypadku lotniczego.

§ 2

1.

Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, wysokość świadczenia podania jest łącznie z wysokością świadczenia za zgon Ubezpieczonego oraz zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku, o ile umowa ta jest zawarta.

2.

Osoba uprawniona jest zobowiązana 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 notatka policyjna.

3.

Wypłata świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego następuje tylko w razie 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

1.

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 35/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (indeks GZ WZ 05)

§ 1

1.

Użyтым w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) 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 sekcijnego. Wyłączone są zgony w następstwie takich stanów chorobowych jak: udar spowodowany zatorem tłuszczowym, zatorem powietrznym, skutki choroby kesonowej, urazowe uszkodzenia centralnego układu nerwowego;
- 2) zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca – zgon Ubezpieczonego w następstwie martwicy części mięśnia sercowego spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.

3.

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa są objęte:

- 1) zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca;
- 2) zgon Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu.

4.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia – na zasadach określonych w § 2 ust. 7 i 9 umowy ubezpieczenia.

5.

Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie 30 dni od wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu

§ 2

1.

Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, wysokość świadczenia podania jest łącznie z wysokością świadczenia za zgon Ubezpieczonego.

2.

Wypłata świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu następuje tylko w razie 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.

Osoba uprawniona jest zobowiązana 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 sekcijnego, w którym została określona pierwotna przyczyna zgonu.

§ 3

1.

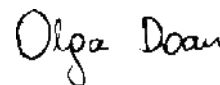
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 36/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie choroby lub wypadku z wypłatą renty miesięcznej. (indeks GZ NU 01)

§1

Użytym w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) niezdolność do samodzielnej egzystencji – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do wykonywania co najmniej 3 z 5 podanych poniżej czynności życia codziennego zdefiniowanych w §1 ust. 2 pkt 6 umowy ubezpieczenia:
 - 1) poruszanie się w domu,
 - 2) kontrolowanie czynności fizjologicznych,
 - 3) mycie i toaleta,
 - 4) ubieranie się,
 - 5) jedzenie,potwierdzona orzeczeniem lekarzy uprawnionych Towarzystwa;
- 2) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie choroby lub obrażeń ciała doznanych w wyniku wypadku, pod warunkiem, iż wypadek bądź pierwsza diagnoza choroby miały miejsce w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa;
- 3) renta – świadczenie miesięczne dla Ubezpieczonego, wypłacane Ubezpieczonemu przez Towarzystwo w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną 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 wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, potwierdzone orzeczeniem lekarzy uprawnionych.

3.

Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego wystąpi:

- 1) w ciągu 12 miesięcy od wystąpienia wypadku, w przypadku niezdolności do samodzielnej egzystencji będącej następstwem obrażeń ciała doznanych na skutek wypadku,
- 2) najpóźniej w ciągu 12 miesięcy od wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego, w przypadku niezdolności do samodzielnej egzystencji będącej następstwem wystąpienia choroby Ubezpieczonego.

4.

Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za wystąpienie niezdolności do samodzielnej egzystencji, będącej następstwem obrażeń ciała powstałych w wyniku wypadku jeżeli podjęcie leczenia nastąpi nie później niż do 180 dnia od zajścia wypadku.

5.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej na zasadach określonych w §2 ust. 8 umowy ubezpieczenia w odniesieniu do zdarzeń będących następstwem wypadku i §2 ust. 9 umowy ubezpieczenia w odniesieniu do zdarzeń będących następstwem choroby oraz w sytuacji gdy niezdolność do samodzielnej egzystencji nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku lub w związku z:

- 1) rozpoznaniem u Ubezpieczonego stwierdzenia rozsianego z trwałym ubytkiem neurologicznym, w okresie 3 lat od początku ochrony

ubezpieczeniowej w stosunku do tego Ubezpieczonego, 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);
- 2) zespołem nabytego niedoboru odporności (AIDS).

§3

1.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego:

- 1) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych chorobą rozpoczyna się po 2-miesięcznym okresie karencji od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych wypadkiem rozpoczyna się od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§4

1.

Z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca dożywotnio Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia w postaci renty płatnej najdłużej przez 60 miesięcy.

2.

Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:

- 1) dokumentacja medyczna związana ze schorzeniem będącym przyczyną niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- 2) dla zdarzeń będących następstwem wypadku – opis okoliczności wypadku, (w tym notatka policyjna z miejsca zdarzenia), dla wypadków w pracy – protokół BHP,
- 3) wszelka dokumentacja wskazana przez Towarzystwo niezbędna dla rzetelnego rozpatrzenia roszczenia.

3.

Towarzystwo ocenia zasadność roszczenia na podstawie orzeczenia lekarza uprawnionego, po przeprowadzeniu konsultacji medycznych. Konsultacje medyczne są przeprowadzane, jeżeli zgłoszenie roszczenia nastąpi w ciągu okresu wskazanego w § 2 ust. 3, z zastrzeżeniem, że pierwsze orzeczenie odbywa się najwcześniej po 60 dniach od daty wypadku lub pierwszej diagnozy choroby.

4.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia niezdolności do samodzielnej egzystencji.

5.

W przypadku, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego nie spełnia kryteriów niezdolności do samodzielnej egzystencji, co zostało potwierdzone przez lekarza uprawnionego, Towarzystwo gwarantuje możliwość przeprowadzenia ponownie dwóch konsultacji medycznych w okresie, wskazanym w § 2 ust. 3.

6.

Po uznaniu przez Towarzystwo roszczenia, Ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania świadczenia do 5. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym odbyło się orzeczenie.

7.

Prawo do wypłaty renty wygasa wraz ze zgonem Ubezpieczonego.

8.

W przypadku wskazania przez Ubezpieczonego innego miejsca spełnienia świadczenia niż rachunek bankowy, którego jedynym posiadaczem jest Ubezpieczony Towarzystwo, w okresie wypłaty renty zastrzega sobie prawo do:

- 1) przesłania Ubezpieczonemu listu mającego na celu potwierdzenie prawa Ubezpieczonego do otrzymywania renty. Ubezpieczony zobowiązany jest podpisać list, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym i odesłać go niezwłocznie do Towarzystwa. Brak pisemnego potwierdzenia ze strony Ubezpieczonego może skutkować wstrzymaniem wypłat renty.
- 2) żądania od Ubezpieczonego doręczenia Towarzystwu oświadczenia o numerze PESEL z podpisem poświadczonym notarialnie, sporządzonego po dacie otrzymania przez Ubezpieczonego żądania Towarzystwa. Nie wywiązanie się z powyższego obowiązku może spowodować wstrzymanie wypłat renty.
- 3) potwierdzania w Polskim Elektronicznym Systemie Ewidencji Ludności lub innym systemie ewidencji ludności prowadzonej przez właściwy organ faktu pozostawania przy życiu lub zgonu osoby uprawnionej do renty.

9.

Z dniem stwierdzenia niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego przez Towarzystwo wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wszelkich dodatkowych umów ubezpieczenia względem tego Ubezpieczonego.


§5

1.

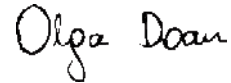
W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 37/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku – pełna ochrona (indeks GZ CP 05)

§ 1

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 wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku.

3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu na zasadach określonych w §2 ust. 8 umowy ubezpieczenia.

4. Dodatkowo odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic.

5. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli trwały uszczerbek a zdrowiu ujawnił się (i nie był wcześniej leczony) po upływie 180 dni od wypadku.

§ 2

1. Z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie.

2. Kwotę świadczenia, o którym mowa w ust. 1, stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia, odniesiony do procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, z zachowaniem postanowień poniższych ustępów.

3. Towarzystwo zawierając umowę zastrzega sobie prawo do ustalenia w dodatkowej umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia wypłacanego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

4. Towarzystwo określa jako bezsporną tę część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wielkości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.

5. Bezsporna część świadczenia jest orzekana na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji.

6. Dla zdarzeń wypadkowych zaistniałych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dopuszcza się przedkładanie dokumentacji medycznej w języku angielskim, w innych przypadkach językiem obowiązującym jest język polski.

7. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony w ostatecznej wysokości przez lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa, niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia wypadku.

8.

Wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, z zastrzeżeniem że:

- 1) procent trwałego uszczerbku na zdrowiu jest orzekany na podstawie „Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku” obowiązującej w Towarzystwie w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia która jest dostępna w siedzibie Towarzystwa, a na wniosek Ubezpieczającego jest mu bezzwłocznie przesyłana przez Towarzystwo;
- 2) pogorszenie się stanu zdrowia Ubezpieczonego po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa nie stanowi podstawy do ponownego orzekania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 3) orzeczenie lekarza orzekającego Towarzystwa o wystąpieniu u Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku może podlegać weryfikacji przez regionalnego konsultanta medycznego Towarzystwa, w zakresie zgodności z procedurami orzekania.

9.

Jeżeli wskutek wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopnie trwałego uszczerbku na zdrowiu zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

10.

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 trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stanem po wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.

11.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.

12.

Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu wydatki poniesione na przejazdy transportem publicznym, na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanych przez Towarzystwo miejsc orzekania lekarzy Towarzystwa, na podstawie dokumentu wskazującego środek transportu i kwotę poniesionych wydatków (np. biletu komunikacji miejskiej, biletu PKP). Koszty dojazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna są refundowane wyłącznie po uprzednim zaakceptowaniu i potwierdzeniu na piśmie przez Towarzystwo zasadności takiego wyboru. Akceptacja powyższa może wystąpić wyłącznie przed wskazanym terminem komisji.

13.

Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

14.

W razie zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego Towarzystwa mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.

15.

Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie

poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania w celu złagodzenia skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.

16.

Naruszenie obowiązków określonych w ust. 14 i 15 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.

17.

W razie trzykrotnego niestawienia się Ubezpieczonego bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawiennictwo, na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, pomimo trzykrotnego powiadomienia pismem przesłanym na ostatni podany przez Ubezpieczonego adres Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia.

18.

Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty zawierające w szczególności:

- 1) opis wypadku,
- 2) wstępne orzeczenie lekarskie,
- 3) przewidywany termin zakończenia leczenia z uwzględnieniem okresu rehabilitacji,
- 4) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem),
- 5) protokół BHP – jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy.

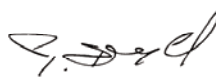
§ 3

1.

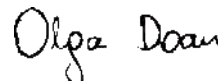
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 38/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku (indeks GZ CI 06)

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku.

3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu na zasadach określonych w § 2 ust. 8 umowy ubezpieczenia.

4. Dodatkowo odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic.

5. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli ujawnił się (i nie był wcześniej leczony) po upływie 180 dni od wypadku.

§ 2

1. Z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie.

2. Na wniosek Ubezpieczającego, Towarzystwo może określić w dodatkowej umowie ubezpieczenia wysokość franszyzy integralnej (rozumianej jako procent orzeczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku, do wysokości którego Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności. Świadczenie wypłacane jest po przekroczeniu wskazanego procentu franszyzy integralnej).

3. Kwotę świadczenia, o którym mowa w ust. 1, stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia, odniesiony do procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, z zachowaniem postanowień poniższych ustępów.

4. Towarzystwo zawierając umowę zastrzega sobie prawo do ustalenia w dodatkowej umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia wypłacanego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

5. Towarzystwo określa jako bezsporną tę część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wielkości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.

6. Bezsporna część świadczenia jest orzekana na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji

7. Dla zdarzeń wypadkowych zaistniałych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dopuszcza się przedkładanie dokumentacji medycznej w języku angielskim, w innych przypadkach językiem obowiązującym jest język polski.

8.

Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony w ostatecznej wysokości przez lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa, niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia wypadku.

9. Wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, z iu jest orzekany na podstawie „Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku” obowiązującej w Towarzystwie w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, która jest dostępna w siedzibie Towarzystwa, a na wniosek Ubezpieczającego jest mu bezzwłocznie przesyłana przez Towarzystwo;

2) pogorszenie się stanu zdrowia Ubezpieczonego po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa nie stanowi podstawy do ponownego orzekania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu;

3) orzeczenie lekarza orzekającego Towarzystwa o wystąpieniu u Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku może podlegać weryfikacji przez regionalnego konsultanta medycznego Towarzystwa, w zakresie zgodności z procedurami orzekania.

10. Jeżeli wskutek wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopnie trwałego uszczerbku na zdrowiu zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

11. 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 trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stanem po wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.

12. Towarzystwo zastrzega sobie prawo przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.

13. Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu wydatki poniesione na przejazdy transportem publicznym, na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanych przez Towarzystwo miejsc urzędowania lekarzy Towarzystwa, na podstawie dokumentu wskazującego środek transportu i kwotę poniesionych wydatków (np. bilet komunikacji miejskiej, bilet PKP). Koszty dojazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna są refundowane wyłącznie po uprzednim zaakceptowaniu i potwierdzeniu na piśmie przez Towarzystwo zasadności takiego wyboru. Akceptacja powyższa może wystąpić wyłącznie przed wskazanym terminem komisji.

14. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

15. W razie zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego Towarzystwa mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.

16. Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania dla złagodzenia

skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.

17.

Naruszenie obowiązków określonych w ust. 15 i 16 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.

18.

W razie trzykrotnego niestawienia się Ubezpieczonego bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawiennictwo, na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, pomimo trzykrotnego powiadomienia pismem przesłanym pod ostatnio podany przez Ubezpieczonego adres Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia.

19.

Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty zawierające w szczególności:

- 1) opis wypadku,
- 2) wstępne orzeczenie lekarskie,
- 3) przewidywany termin zakończenia leczenia z uwzględnieniem okresu rehabilitacji,
- 4) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem),
- 5) protokół BHP – jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy.

§ 3

1.

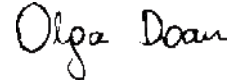
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 39/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania (indeks GZ PZ 05)

§ 1

1.

Użyty w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) złośliwa choroba nowotworowa – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkina w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia złośliwej choroby nowotworowej wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu utraty mowy, utraty słuchu, całkowitej utraty wzroku, anemii aplastycznej, oponiaka, przeszczepu, niewydolności wątroby, udaru do wystąpienia których przyczyniła się złośliwa choroba nowotworowa;
- 2) zawał serca – świeżą martwicę części mięśnia sercowego potwierdzoną wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki zawału mięśnia sercowego nieskutkujące pilną hospitalizacją, leczone i niepozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia zawału serca wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu zabiegu kardiologicznego przeprowadzonego w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca;
- 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 nieskutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar niepozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR). Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia udaru mózgu wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu wystąpienia: całkowitej utraty wzroku, całkowitej utraty słuchu, całkowitej utraty mowy, śpiączki do wystąpienia których przyczynił się udar mózgu;
- 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. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia niewydolności nerek wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu przeszczepu lub śpiączki, do wystąpienia których przyczyniła się niewydolność nerek;
- 5) całkowita utrata wzroku – całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub urazu. O utrwalonym charakterze utraty wzroku orzeka specjalista po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia całkowitej utraty wzroku wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu wystąpienia każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które przyczyniło się do wystąpienia całkowitej utraty wzroku.
- 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 kardiologiczne – zabiegi kardiologiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy pomostowania tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. W przypadku jeżeli przeprowadzenie zabiegu pozostaje w związku z poważnym zachorowaniem – zawałem serca – uznanym przez Towarzystwo świadczenie z tytułu zabiegu kardiologicznego nie jest należne;
- 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 Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu przeszczepu wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu wystąpienia każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które przyczyniło się do wystąpienia przeszczepu;
- 10) całkowita utrata słuchu – całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna utrata słuchu w obu uszach trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone specjalistycznym badaniem lekarza otolaryngologa i badaniem audiometrycznym. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu całkowitej utraty słuchu wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które przyczyniło się do wystąpienia całkowitej utraty słuchu;
- 11) całkowita utrata mowy – całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna utrata zdolności mowy powstała wskutek: resekcji narządu mowy, przewlekłej choroby krtani, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu, trwająca nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem specjalistycznym (lekarza otolaryngologa, neurologa) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mowy, która może być skorygowana, również częściowo przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu całkowitej utraty mowy wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które przyczyniło się do wystąpienia całkowitej utraty mowy;
- 12) śpiączka – stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe doprowadzający do trwałego deficytu neurologicznego powodującego istotne upośledzenie stopnia sprawności Ubezpieczonego; oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania ubytku neurologicznego. Wykluczone są: śpiączka powstała bezpośrednio lub pośrednio wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, innych środków chemicznych; stan śpiączki wywołany lub przedłużany sztucznie w celach terapeutycznych.
W celu uznania roszczenia konieczna jest dokumentacja medyczna

na z leczenia szpitalnego, zawierająca między innymi ocenę stanu neurologicznego przy wypisie.

Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia śpiączki wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu wystąpienia każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które przyczyniło się do wystąpienia śpiączki;

- 13) anemia aplastyczna – niedokrwistość uwarunkowana znacznym upośledzeniem czynności krwiotwórczej szpiku, której rezultatem jest wystąpienie łącznie: anemii, neutropenii i trombocytopenii, wymagające leczenia jedną z następujących metod:
- transfuzja krwi i/lub preparatów krwiopochodnych,
 - przeszczep szpiku kostnego,
 - leczenie immunosupresyjne,
 - leczenie stymulujące odnowę szpiku kostnego.

Wymagane jest potwierdzenie pancytopenii w badaniach laboratoryjnych oraz przedstawienie wyniku trepanobiopsji wykazującego aplazję szpiku oraz przeprowadzenie leczenia w ośrodku specjalistycznym. Uznanie odpowiedzialności towarzystwa z tytułu wystąpienia anemii aplastycznej wyklucza możliwość uznania poważnego zachorowania z kategorii przeszczepu, śpiączki, nowotworu złośliwego;

- 14) schyłkowa niewydolność wątroby – Występowanie klinicznych objawów ostrej lub przewlekłej niewydolności mięszu wątroby będące wyrazem ciężkich zaburzeń funkcji wątroby, wyczerpujących jej możliwości kompensacyjne. Objawy, których łącznie i jednocześnie występowanie jest konieczne do uznania roszczenia:
- żółtaczka,
 - narastanie wodobrzusza,
 - zaburzenia krzepnięcia krwi,
 - encefalopatia wątrobowa.

Z zakresu odpowiedzialności wykluczona jest niewydolność wątroby powstała na skutek spożywania alkoholu lub umyślnego zatrucia lekami. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia schyłkowej niewydolności wątroby wyklucza możliwość uznania przeszczepu lub śpiączki, do wystąpienia których przyczyniła się schyłkowa niewydolność wątroby;

- 15) choroba Creutzfelda-Jakoba – choroba ośrodkowego układu nerwowego charakteryzująca się postępującym ośpieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia ubezpieczonego przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego. Wymogiem uznania roszczenia jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfelda-Jakoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w czynnościach życia codziennego wymienionych w §1 ust. 2 pkt 6 umowy ubezpieczenia. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia choroby Creutzfelda-Jakoba wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu śpiączki, do wystąpienia której przyczyniła się choroba Creutzfelda-Jakoba;

- 16) zakażenie wirusem HIV – występujące jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby niechorującej na hemofilię i potwierdzone: prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją. Warunkiem uznania roszczenia jest przeprowadzenie transfuzji w wyniku której doszło do zakażenia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa i uznanie przez placówkę medyczną dokonującą transfuzji odpowiedzialności w zakresie przeniesienia zakażenia tą drogą. Przy rozpatrywaniu roszczenia nie bierze się pod uwagę zapisu ust 4 niniejszej umowy. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zakażenia wirusem HIV, które nastąpiło w wyniku transfuzji krwi przeprowadzonej w przebiegu leczenia każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które zostało uznane przez Towarzystwo;

- 17) oparzenia skóry – głębokie oparzenia skóry wymagające hospitalizacji i obejmujące:

- ponad 50% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
- ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.

Rozległość oparzeń oceniana jest na podstawie dokumentacji z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała /reguła dziewiątek lub tablica Lunda i Browdera / Jako datę zdarzenia przyjmuje się datę wypadku prowadzącego do oparzeń spełniających powyższe kryteria. Zakres ochrony nie obejmuje oparzeń słonecznych;

- 18) oponiak – potwierdzone histopatologicznie rozpoznanie oponiaka

mózgu pod warunkiem przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego usunięcia zmiany oraz uzupełniającego napromieniania. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu oponiaka wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu utraty wzroku lub śpiączki, do wystąpienia których przyczyniło się wystąpienie oponiaka;

- 19) choroba Parkinsona – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego wymienionych w §1 ust. 2 pkt 6 umowy ubezpieczenia. Rozpoznanie choroby musi być postawione przez specjalistę neurologa. Wykluczone są wszelkie postacie parkinsonizmu wtórnego (objawowego). Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia choroby Parkinsona wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu śpiączki, do wystąpienia której przyczyniła się choroba Parkinsona.

- 20) operacja wszczepienia protezy aortalnej – przeprowadzenie zabiegu operacyjnego wszczepienia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku piersiowym lub brzuszny do wysokości odejścia tętnic nerkowych. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:

- operacje aorty uszkodzonej w wyniku urazu,
- operacje w obrębie odgałęzień aorty,
- zabiegi polegające na wprowadzeniu stentu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.

Warunkiem uznania roszczenia jest przedstawienie specjalistycznej dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność przeprowadzenia operacji i fakt jej wykonania.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

3.

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego, dodatkowa umowa ubezpieczenia obejmuje następujące zachorowania i zabiegi operacyjne:

- złośliwa choroba nowotworowa;
- zawał serca;
- udar mózgu;
- niewydolność nerek;
- całkowita utrata wzroku;
- stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym;
- zabiegi kardiologiczne;
- zabiegi kardiologiczne na otwartym sercu;
- przeszczep;
- całkowita utrata słuchu;
- całkowita utrata mowy;
- śpiączka;
- anemia aplastyczna;
- schyłkowa niewydolność wątroby;
- choroba Creutzfelda-Jakoba
- zakażenie wirusem HIV;
- oparzenia skóry;
- oponiak;
- choroba Parkinsona;
- operacja wszczepienia protezy aortalnej.

4.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego na zasadach określonych w §2 ust 9 umowy ubezpieczenia oraz jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).

5.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności w sytuacji, gdy Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń wymienionych w § 3 ust. 2, co miało wpływ na rozwój choroby.

6.

Poważnych zachorowań obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa, w rozumieniu niniejszych Warunków nie stanowią:

- 1) choroby wymienione w § 1 ust. 3 pkt 1), 2), 3), 4), 5), 6), 10), 11) 12), 13), 14) 15), 16), 17), 18) i 19) jeżeli ich objawy wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji;
- 2) zabiegi operacyjne wymienione w § 1 ust. 3 pkt 7), 8), 9) i 20) jeżeli objawy chorób będących przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.

§ 2

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, rozpoczyna się po 3-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3

1.

W razie wystąpienia poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

2.

W razie wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.

3.

Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, 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.

4.

W razie 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 są przeprowadzane na koszt Towarzystwa.

5.

Przystępując do dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji oraz opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie Ubezpieczony 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.

6.

W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego poważnego zachorowania Ubezpieczonego (tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego). Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne poważne zachorowania zgodnie z wiedzą medyczną nie wynikają bezpośrednio lub pośrednio z poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego, za które wypłacono świadczenie.

§ 4

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 40/2006 dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania na boreliozę lub odkleszczowe zapalenie mózgu. (indeks GZ PZB 02)

§ 1

1.

Użytych w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) borelioza – krętkowica przenoszona przez kleszcze przebiegająca z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi, i skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego. Pierwsze rozpoznanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie wypisu ze szpitala. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego;
- 2) odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu – choroba przenoszona przez kleszcze przebiegająca z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością leczenia szpitalnego, potwierdzona badaniem płynu mózgowo – rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie wypisu ze szpitala.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

3.

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego, dodatkowa umowa ubezpieczenia obejmuje następujące zachorowania:

- 1) borelioza,
- 2) odkleszczowe, wirusowe zapalenie mózgu.

4.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego na zasadach określonych w § 2 ust. 9 umowy ubezpieczenia oraz jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).

5.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności w sytuacji, gdy Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń wymienionych w § 3 ust. 2, co miało wpływ na rozwój choroby.

6.

Zdarzeń ubezpieczeniowych obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa, w rozumieniu niniejszych Warunków nie stanowią choroby wymienione w ust. 3 pkt 1), 2) jeżeli pierwsze rozpoznanie nastąpiło przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.

§ 2

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po 3-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3

1.

W razie wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

2.

W razie wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.

3.

Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, 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.

4.

W razie 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 są przeprowadzane na koszt Towarzystwa.

5.

Przystępując do dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji oraz opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie Ubezpieczony 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.

6.

W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego poważnego zachorowania Ubezpieczonego (tej samej jednostki chorobowej). Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne poważne zachorowania zgodnie z wiedzą medyczną nie wynikają bezpośrednio lub pośrednio z poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej, za którą wypłacono świadczenie.

§ 4

1.

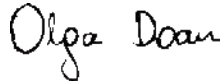
W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 41/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu (indeks GZ SU 05)

§ 1

1. Użytym w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenie oznacza: szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego lub w innym organie uprawnionym do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych Warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.

2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na pobycie ubezpieczonego w szpitalu przez czas określony w niniejszych Warunkach w celu leczenia choroby lub doznanych obrażeń ciała, będących następstwem wypadku lub wypadku przy pracy. Z zastrzeżeniem, iż czas pobytu ubezpieczonego w szpitalu w całości wystąpi w okresie ochrony świadczonej przez Towarzystwo i jednocześnie poza okresem karencji, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1.

4. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu leczenia Ubezpieczonego w szpitalu na zasadach określonych w §2 ust. 8 umowy ubezpieczenia w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych wypadkiem i na zasadach określonych w §2 ust. 9 umowy ubezpieczenia w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych chorobą oraz jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

- 1) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
- 2) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) pobytu Ubezpieczonego z dzieckiem, związanym z hospitalizacją dziecka;
- 5) pobytu związanego z rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której leczenie to było prowadzone.

§ 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 objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych obrażeniami ciała lub odbyłym porodem rozpoczyna się od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia z zastosowaniem zapisów §3 ust. 2.

§ 3

1. W razie 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, w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego, trwał nieprzerwanie 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 odbyłym 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. Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, w szczególności karty informacyjnej leczenia szpitalnego oraz dokumentacji związanej z okolicznościami zajścia zdarzenia (tj. odpowiednio protokół BHP, notatka policyjna z miejsca zdarzenia i inne) jeżeli zdarzenie miało charakter wypadkowy.

5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do nieuwzględniania przy ustalaniu wysokości świadczenia, dni objętych przepustką w trakcie pobytu w szpitalu.

§ 4

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 42/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzą w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku (indeks GZ SNW 03)

§ 1

1.

Użyty w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenie oznacza: szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego lub w innym organie uprawnionym do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych Warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

3.

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na pobycie Ubezpieczonego w szpitalu przez czas określony w niniejszych Warunkach w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku z zastrzeżeniem, że czas pobytu ubezpieczonego w szpitalu w całości wystąpi w okresie ochrony świadczonej przez Towarzystwo.

4.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu leczenia Ubezpieczonego w szpitalu na zasadach określonych w § 2 ust. 8 umowy ubezpieczenia oraz jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

- 1) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
- 2) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) pobytu związanego z rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której leczenie to było prowadzone.

§ 2

1.

W razie 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, w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego, trwał nieprzerwanie co najmniej:

- 1) 5 pełnych dni – jeżeli był spowodowany 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 doznanyymi przez Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy.

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.

Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, w szczególności karty informacyjnej leczenia szpitalnego oraz dokumentacji związanej z okolicznościami zajścia zdarzenia wypadkowego (tj. odpowiednio protokołów BHP, notatka policyjna z miejsca zdarzenia i inne).

5.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do nieuwzględniania, przy ustalaniu wysokości świadczenia, dni objętych przepustką w trakcie pobytu w szpitalu.

§ 3

1.

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 43/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (indeks GZ SO 01)

§ 1

1. użytym w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenie oznacza: OIOM – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni w specjalistyczny sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie czynności życiowych przebywających tam chorych.

2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na pobycie Ubezpieczonego w szpitalu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) przez czas określony w niniejszych Warunkach w celu leczenia choroby lub doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku, z zastrzeżeniem, iż czas pobytu ubezpieczonego w szpitalu w całości wystąpi w okresie ochrony świadczonej przez Towarzystwo.

4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia jest możliwe tylko w razie objęcia przez Towarzystwo ochroną danego Ubezpieczonego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenie Ubezpieczonego w szpitalu lub dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

5. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu leczenia Ubezpieczonego na OIOM-ie na zasadach określonych w §2 ust 8 umowy ubezpieczenia w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych wypadkiem i na zasadach określonych w §2 ust. 9 umowy ubezpieczenia w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych chorobą oraz jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

- 1) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
- 2) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 2

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia. Wysokość świadczenia podana jest łącznie z wysokością świadczenia z tytułu leczenia Ubezpieczonego w szpitalu lub z tytułu leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z uwzględnieniem postanowień zawartych w ust. 2.

2. Towarzystwo wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego na OIOM-ie w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego trwał co najmniej 1 pełny dzień.

3. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM-ie objęte jest ochroną Towarzystwa pod warunkiem, że zaszło w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu objętego dodatkową umową ubezpieczenia leczenie ubezpieczonego w szpitalu lub dodatkową umową ubezpieczenia leczenie ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

4. 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 14 dni pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie.

5. Wypłata świadczenia z tytułu leczenia Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM–ie następuje tylko w razie uznania przez Towarzystwo zasadności roszczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

6. Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, w szczególności kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inny dokument wskazujący długość pobytu na OIOM-ie oraz dokumentację związaną z okolicznościami zajścia zdarzenia wypadkowego (tj. odpowiednio protokół BHP, notatka policyjna z miejsca zdarzenia i inne).

§ 3

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 44/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzą w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia operacyjnego Ubezpieczonego (indeks GZ LO 03)

§ 1

1. Użyty w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) diagnoza – określenie medyczne stanu chorobowego, wymagającego leczenia operacyjnego;
- 2) hospitalizacja – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia operacyjnego;
- 3) szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w rejestrze wydziału zdrowia stosownego urzędu wojewódzkiego lub w rejestrze innego uprawnionego organu państwowego jako świadczący usługi medyczne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 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 r. (DzU z 1992 r. nr 74, poz. 336, z późn. zmianami);
- 4) 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) niewymagających 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.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

3.

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe, polegające na poddaniu się przez Ubezpieczonego zabiegowi operacyjnemu określone w załączniku do niniejszej umowy związanemu:

- a) ze stwierdzoną chorobą lub
- b) z doznanymi obrażeniami ciała, będącymi następstwem wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

4.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej na zasadach określonych w § 2 ust. 9 umowy ubezpieczenia oraz jeżeli zdarzenie było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi.

5.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za leczenie operacyjne, którego konieczność wykonania była związana z poprzednio wykonywanym u Ubezpieczonego leczeniem operacyjnym (reoperacja).

§ 2

1.

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 objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych obrażeniami ciała rozpoczyna się od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3

1.

W razie 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 niniejszej umowy 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 tego samego stanu chorobowego, jego zaostżeń lub powikłań.

6.

Jeżeli w czasie jednego pobytu Ubezpieczonego w sali operacyjnej zostanie wykonany więcej niż jeden zabieg dotyczący tego samego lub kilku narządów, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za zabieg z wyższej kategorii trudności, według załącznika.

7.

Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, w szczególności kartę informacyjną leczenia szpitalnego. W przypadku zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową będących konsekwencją wypadku konieczne jest dołączenie dokumentów precyzujących okoliczności wypadku, np. notatki policyjnej.

§ 4

1.

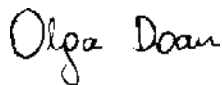
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 45/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia operacyjnego Ubezpieczonego o indeksie GZ LO 03 – kategorie trudności leczenia operacyjnego

I. Zabiegi operacyjne na układzie nerwowym		IX. Operacje w zakresie układu trawiennego	
1. Nacięcie i wycięcie w obszarze czaszki, mózgu i opon mózgowych	C	1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu trawiennego, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych na wyrostku robaczkowym, zabiegów operacyjnych odbytu oraz zabiegów operacyjnych naprawczych przepuklin	B
2. Inne zabiegi operacyjne na czaszce, mózgu i oponach mózgowych	C	2. Zabiegi operacyjne na wyrostku robaczkowym	A
3. Zabiegi operacyjne na rdzeniu kręgowym i strukturach kanału kręgowego	B	3. Zabiegi operacyjne odbytu	A
4. Zabiegi operacyjne na nerwach czaszkowych i obwodowych	B	4. Zabiegi operacyjne naprawcze przepuklin	A
5. Zabiegi operacyjne na nerwach sympatycznych lub zwojach nerwowych	B		
II. Zabiegi operacyjne w zakresie układu wydzielania wewnętrznego		X. Operacje w zakresie układu moczowego	
1. Zabiegi operacyjne tarczycy i przytarczyc	B	1. Zabiegi operacyjne nerki	B
2. Zabiegi operacyjne w zakresie innych gruczołów dokrewnych	C	2. Zabiegi operacyjne moczowodu	B
III. Zabiegi operacyjne w zakresie oka		3. Zabiegi operacyjne cewki moczowej z wyłączeniem zwężania ujścia zewnętrznego cewki moczowej	B
1. Zabiegi operacyjne w zakresie powiek, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego rekonstrukcji powiek	A	4. Zabiegi operacyjne stulejki i zwężenia ujścia zewnętrznego cewki moczowej	A
2. Zabieg operacyjny rekonstrukcji powiek	B	5. Zabiegi operacyjne odtwórcze pęcherza moczowego	C
3. Zabiegi operacyjne w zakresie układu łzowego	A	6. Inne zabiegi operacyjne w obrębie układu moczowego	A
4. Zabiegi operacyjne w zakresie spojówki	A	XI. Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych	
5. Zabiegi operacyjne w zakresie rogówki	A	1. Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych	A
6. Zabiegi operacyjne w zakresie tęczówki, ciała rzęskowego, twardówki i komory przedniej oka	B	2. Zabiegi operacyjne spodziectwa	B
7. Zabiegi operacyjne w zakresie soczewki	B	XII. Zabiegi operacyjne i operacje ginekologiczne	
8. Zabiegi operacyjne w zakresie siatkówki, naczyniówki, ciała szklistego i tylnej komory oka	B	1. Zabiegi operacyjne żeńskich narządów płciowych	A
9. Zabiegi operacyjne w zakresie mięśni okoruchowych	A	2. Zabiegi operacyjne dotyczące macicy z naruszeniem ciągłości pełnej grubości ściany trzonu macicy	B
10. Zabiegi operacyjne w zakresie gałek ocznych	B	3. Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy	B
IV. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha		4. Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy z przydatkami	C
1. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha zewnętrznego	A	XIII. Zabiegi położnicze	
2. Zabiegi rekonstrukcyjne i inne zabiegi operacyjne w zakresie ucha środkowego	B	Zabiegi położnicze, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego cięcia cesarskiego	A
3. Inne zabiegi operacyjne w zakresie ucha środkowego	B	XIV. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i zabiegi operacyjne na więzadłach	
4. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha wewnętrznego	C	1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i zabiegi na więzadłach	B
V. Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła		2. Zabiegi operacyjne w zakresie kręgosłupa z wyłączeniem zabiegów operacyjnych krążka międzykręgowego	B
1. Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła	A	3. Zabiegi operacyjne krążka międzykręgowego z naruszeniem ciągłości łuku kręgu	B
2. Zabiegi operacyjne w zakresie zatok obocznych nosa, z wyjątkiem punkcji	B	4. Zabiegi operacyjne wyłącznie na tkankach miękkich poza więzadłami	A
3. Zabiegi operacyjne w zakresie ślinianek i przewodów ślinowych	B	5. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i więzadeł dłoni i stóp	A
VI. Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego		XV. Zabiegi operacyjne na powłokach ciała	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych w zakresie krtani i tchawicy	C	1. Zabiegi operacyjne na powłokach ciała, z wyłączeniem zabiegów w zakresie skóry i tkanki podskórnej	A
2. Zabiegi operacyjne w zakresie krtani i tchawicy, z wykluczeniem tracheostomii	B	2. Mastektomia totalna	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		

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych (Indeks GZ PP 01)

§1

1.

Użyтым w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) kompletna dokumentacja medyczna – dokumentacja dostarczona przez Ubezpieczonego sporządzona przez lekarza prowadzącego lub wykonującego zabieg operacyjny, jednoznacznie wskazująca wystąpienie następstwa zabiegu operacyjnego w postaci powikłania z katalogu powikłań objętych odpowiedzialnością Towarzystwa. Wymagana dokumentacja każdorazowo musi zawierać kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, a jeżeli dokument ten nie zawiera zapisów o wystąpieniu powikłań pooperacyjnych – opis przebiegu zabiegu operacyjnego z historii choroby. Wszystkie dokumenty winny być przedstawione Towarzystwu w oryginale albo w kopiach potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez uprawnionych lekarzy oddziału szpitalnego, w którym wykonywano zabieg lub pracowników szpitala uprawnionych do udostępniania dokumentacji medycznej. Dla powikłań pooperacyjnych stwierdzanych w okresie późniejszym, jednak nie dłuższym niż do 3 miesięcy od zabiegu operacyjnego wymagane jest zaświadczenie lekarza specjalisty w danej dziedzinie, ze wskazaniem iż dane powikłanie jest bezpośrednio związane z przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym. W przypadkach opisanych w zdaniu poprzednim Towarzystwo zastrzega sobie prawo poddania Ubezpieczonego badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza;
- 2) powikłanie pooperacyjne- zdarzenie polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego pogorszenia stanu zdrowia opisanego w katalogu powikłań, który stanowi załącznik do niniejszych Warunków, będącego niezamierzonym następstwem przeprowadzonego w szpitalu zabiegu operacyjnego, do którego doszło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego. Powikłaniem zabiegu operacyjnego w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest zaostrenie chorób współistniejących przed zabiegiem, ani wystąpienie zdarzeń nieopisanych w załączonym katalogu powikłań;
- 3) szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w rejestrze wydziału zdrowia stosownego urzędu wojewódzkiego lub w rejestrze innego uprawnionego organu państwowego jako świadczący usługi medyczne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 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);
- 4) 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 zabiegów operacyjnych wykonywanych w trybie nagłym, zabiegów operacyjnych wykonywanych z przyczyn diagnostycznych, zabiegów operacyjnych wykonywanych w celu leczenia bądź diagnozowania choroby nowotworowej oraz reoperacji;
- 5) zabieg operacyjny wykonywany w celu leczenia choroby nowotworowej – zabieg operacyjny przeprowadzony u Ubezpieczonego, związany bezpośrednio lub pośrednio z rozpoznaną chorobą nowotworową (np.: usunięcie nowotworowo zmienionych tkanek lub narządów, zabiegi paliatywne itd.);
- 6) zabieg operacyjny wykonywany w trybie nagłym – zabieg operacyjny wykonany w ciągu 24 godzin od przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia i/lub zdrowia pacjenta, skutkujący pobytem Ubezpieczonego w szpitalu przez co najmniej trzy doby po zabiegu;
- 7) zabieg operacyjny wykonywany z przyczyn diagnostycznych – zabieg operacyjny przeprowadzony w celu potwierdzenia postawionego uprzednio rozpoznania wstępnego lub zdiagnozowania schorzenia.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

3.

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte wystąpienie jednego z powikłań pooperacyjnych wymienionego w załączniku do niniejszej umowy.

4.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej na zasadach określonych w §2 ust. 9 umowy ubezpieczenia oraz jeżeli zdarzenie było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

- 1) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi,
- 2) zabiegów operacyjnych wykonanych w trybie nagłym,
- 3) zabiegów operacyjnych wykonywanych z przyczyn diagnostycznych,
- 4) zabiegów operacyjnych wykonywanych w celu leczenia bądź diagnozowania choroby nowotworowej,
- 5) reoperacji.

5.

Towarzystwo zwolnione jest z odpowiedzialności, jeżeli powikłanie pooperacyjne wystąpi po upływie 3 miesięcy od wykonania zabiegu operacyjnego.

§2

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego rozpoczyna się po 6-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia

§3

1.

W razie wystąpienia powikłania pooperacyjnego 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 rodzaju określonego w załączniku do niniejszej umowy powikłania pooperacyjnego, jakie wystąpiło u Ubezpieczonego:

- 1) wysokość świadczenia za powikłania kategorii A jest równa kwocie bazowej wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia;
- 2) wysokość świadczenia za powikłania kategorii B jest równa dwukrotności 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 powikłań wskazanych w załączniku do niniejszej umowy.

4.

Towarzystwo bada zasadność roszczenia wyłącznie na podstawie przedstawionej przez Ubezpieczonego kompletnej dokumentacji medycznej, zdefiniowanej w §1 ust. 1 pkt 1) zawierającej jednoznaczny zapis o wystąpieniu powikłania pooperacyjnego na skutek lub w przebiegu zabiegu operacyjnego.

5.

W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo pozyskania dokumentacji medycznej zawierającej informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego od placówek medycznych, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu.

6.

W 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności Towarzystwa, liczonych od początku odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, może być wypłacone tylko jedno świadczenie za wystąpienie powikłania pooperacyjnego. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczonego w danym okresie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, kolejnych roszczeń z tytułu wystąpienia powikłań pooperacyjnych Towarzystwo rozpatrywać będzie roszczenia według kolejności zgłoszeń. W przypadku jednoczesnego zgłoszenia przez Ubezpieczonego wystąpienia kilku powikłań pooperacyjnych będących następstwem tego samego zabiegu operacyjnego odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wysokości najwyższego z należnych świadczeń.

7.

Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po wystąpieniu powikłania pooperacyjnego oraz złożyć odpowiednie dokumenty, stanowiące kompletną dokumentację medyczną, zdefiniowaną w §1 ust 1 pkt 2) oraz:

- 1) dla zdarzeń będących następstwem wypadku – opis okoliczności wypadku, w tym notatkę policyjną z miejsca zdarzenia,
- 2) dla zdarzeń będących następstwem wypadku przy pracy- protokół BHP.

8.

Zasadności roszczenia ustala lekarz uprawniony na podstawie szczegółowej analizy dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego.

§4

1.

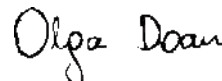
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. 46/2006 z dnia 12 czerwca 2006 i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych (indeks GZ PP 01) – rodzaje powikłań

Rodzaj przeprowadzanego zabiegu operacyjnego	Powikłanie przeprowadzanego zabiegu	Wysokość świadczenia
Operacja usunięcia przepukliny brzusznej – zabieg operacyjny przeprowadzany metodą klasyczną lub laparoskopową, mający na celu usunięcie istniejącego worka przepukliny.	– Usunięcie jądra – Przecięcie tętnicy jądrowej – Uszkodzenie tętnicy udowej – Obrzęk niedokrwienny kończyny – Pełnościennne uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego – Pełnościennne uszkodzenie pęcherza moczowego	A A A A A A
Usunięcie tarczycy – zabieg operacyjny polegający na całkowitym lub częściowym usunięciu gruczołu.	– Porażenie jednej lub obu strun głosowych powodujące trwającą powyżej 3 miesięcy dysfunkcję narządu głosu	B
Usunięcie żyłaków kończyn dolnych – zabieg operacyjny polegający na usunięciu żyłakowato zmienionych żył powierzchownych kończyn dolnych	– Uszkodzenie tętnicy udowej z upośledzeniem ukrwienia kończyny potwierdzone badaniem przedmiotowym po upływie 3 miesięcy od zabiegu operacyjnego – Utrzymujące się powyżej 3 miesięcy objawy uszkodzenia nerwu strzałkowego	B B
Usunięcie żyłaków odbytu – zabieg operacyjny polegający na usunięciu żyłakowato zmienionych żył okolicy odbytu	– Nietrzymanie stolca	B
Zabiegi operacyjne przeprowadzane na jelicie grubym	– Pełnościennne uszkodzenie moczowodu – Pełnościennne uszkodzenie pęcherza moczowego – Całkowite rozejście się rany pooperacyjnej z wypadnięciem trzew – Rozejście się zespolenia jelitowego – Wyłonienie sztucznego odbytu – Pełnościennne uszkodzenie ściany dwunastnicy	A A B B B A
Zabiegi operacyjne przeprowadzone w zakresie jamy brzusznej	– Jatrogenne usunięcie śledziony – Uszkodzenie dróg żółciowych z założeniem drenażu	A A
Usunięcie tętniaka tętnicy głównej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu nieprawidłowo zmienionego odcinka ściany tętnicy	– Martwica jelita z założeniem sztucznego odbytu – Niedokrwiennie uszkodzenie rdzenia kręgowego wraz z wystąpieniem niedowładu lub porażenia kończyn dolnych, trwającym powyżej 3 miesięcy od zabiegu operacyjnego	B B
Operacyjne leczenie kamicy układu moczowego – zabieg operacyjny polegający na chirurgicznym usunięciu złożu z nerki lub dróg moczowych	– Uszkodzenie tętnicy nerkowej – Uszkodzenie moczowodu z przetoką moczową	B B
Operacyjne usunięcie gruczolaka stercza – zabieg polegający na usunięciu gruczolaka stercza poprzez powłoki brzuszne	– Nietrzymanie moczu (nie dotyczy następstw radykalnego usunięcia stercza), utrzymujące się przez okres min. 3 miesięcy od zabiegu operacyjnego	A
Elektroresekcja gruczolaka stercza – endoskopowy zabieg operacyjny, polegający na chirurgicznym usunięciu części gruczołu przy użyciu energii elektrycznej	– Pełnościennne uszkodzenie pęcherza moczowego	A
Usunięcie macicy, usunięcie przydatków, usunięcie mięśniaków macicy – zabieg operacyjny polegający na usunięciu macicy, przydatków lub mięśniakowato zmienionych fragmentów mięśniówki macicy przeprowadzony przez powłoki brzuszne lub metodą laparoskopową.	– Pełnościennne uszkodzenie ściany pęcherza moczowego – Pełnościennne uszkodzenie ściany moczowodu – Powstanie przetoki moczowodowo-pochwowej – Powstanie przetoki pęcherzowo-macicznej	A A B B
Usunięcie mięśniaków macicy -zabieg operacyjny polegający na usunięciu mięśniakowato zmienionych fragmentów mięśniówki macicy.	– Przebicie jamy macicy z koniecznością operacyjnego otwarcia jamy brzusznej	B
Cięcie cesarskie – operacja polegająca na zabiegowym zakończeniu porodu poprzez nacięcie powłok brzusznych i macicy oraz ręcznym wydobyciu płodu	– Przetoka pęcherzowo- maciczna	B
Operacje ortopedyczne – operacje przeprowadzone na tkance kostnej	– Utrzymujące się powyżej 3 miesięcy objawy uszkodzenia jednego ze wskazanych nerwów: nerwu strzałkowego, kulszowego bądź promieniowego – Zator tłuszczowy powodujący ostry zespół niewydolności płucnej	B B
Operacje torakochirurgiczne operacje przebiegające z otwarciem jamy opłucnej	– Utrzymujące się powyżej 3 miesięcy objawy uszkodzenia nerwu przeponowego	B
Operacje kardiochirurgiczne	– Tamponada serca – Rozejście się mostka w okresie do miesiąca od zabiegu operacyjnego – Blok całkowity wymagający implantacji układu symulującego serca na stałe – Wyprucie się implantowanej sztucznej zastawki	B B B B
Operacje okulistyczne – operacje przeprowadzane wewnątrz gałki ocznej	– Krwotok wypierający w trakcie zabiegu operacyjnego na gałce ocznej skutkujący trwałą utratą widzenia w tym oku – Zaćma wtórna jako powikłanie operacji wewnątrzgałkowych	B A

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej (indeks GZ CZ 04)

§ 1

1. Użyty w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenie oznacza: choroba zawodowa – jedna z chorób określonych w wykazie chorób zawodowych, będącym załącznikiem do niniejszej umowy, której wystąpienie jest bezpośrednio związane z wykonywaną przez Ubezpieczonego pracą zawodową.

2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego całkowitej bądź częściowej niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej potwierdzonej orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS oraz lekarza Towarzystwa.

4. 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.

§ 2

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po 6-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa 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).

§ 3

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

2. Ubezpieczony jest zobowiązany 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 jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty medyczne, 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 razie 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 są przeprowadzane na koszt Towarzystwa.

6. Przystępując do dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie Ubezpieczony poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich informacji uzasadnionych procesem rozpatrywania roszczenia i wymaganych przez Towarzystwo.

§ 4

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 47/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

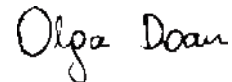
Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej o indeksie GZ CZ 04 – 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, byssinoza, 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 ścięgniętych i kałek maziowych, uszkodzenie łękotki, mięśni i przyczepów ścięgniętych, martwica kości nadgarstka, zapalenie nadkłykci kości ramiennej, 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 bodźcotwórczego i przewodzącego serca oraz gonad wywołane działaniem pól elektromagnetycznych.
20. Ostry zespół przegrzania i jego następstwa.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia przewlekłej choroby narządu mowy (indeks GZ CL 02)

§ 1

1.

Użyty w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) przewlekła choroba narządu mowy – choroba prowadząca do zaburzeń czynnościowych lub zmian organicznych narządu mowy, w związku z podejrzeniem której lekarz pierwszego kontaktu lub lekarz specjalista laryngolog, foniatra lub otolaryngolog skierował Ubezpieczonego na badania specjalistyczne;
- 2) świadczeniodawca – Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu i Mowy, specjalistyczna jednostka naukowo-terapeutyczna, z siedzibą w Nadarzynie k. Warszawy, ul. Mokra 17, przedstawiciel Towarzystwa udzielający usług medycznych w ramach świadczenia zdrowotnego.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

3.

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na skierowaniu Ubezpieczonego przez lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalistę laryngologa, foniatrę lub otolaryngologa na badania specjalistyczne w związku z podejrzeniem przewlekłej choroby narządu mowy, potwierdzone wystawieniem skierowania, które Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć świadczeniodawcy, z zastrzeżeniem iż skierowanie zostanie wystawione w okresie ochrony świadczonej przez Towarzystwo i jednocześnie poza okresem karencji o którym mowa w §2 ust. 1.

4.

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje pokrycie przez Towarzystwo bezpośrednio świadczeniodawcy kosztów, udostępnionych Ubezpieczonemu badań i leczenia, świadczonych przez wykwalifikowany personel medyczny świadczeniodawcy w procesie diagnostyki i leczenia przewlekłych chorób narządu mowy zgodnie z procedurą medyczną i diagnostyczną określoną w umowie pomiędzy Towarzystwem a świadczeniodawcą, obejmującą:

- 1) poradę diagnostyczną – badanie przedmiotowe, badanie laryngoskopowe krtani, badanie stroboskopowe krtani, ocenę głosu w skali percepcyjnej, analizę akustyczną głosu, badanie słuchu (audiometria tonalna, audiometria impedancyjna), omówienie wyników badań i zaplanowanie procesu terapeutycznego,
- 2) poradę terapeutyczną – ordynację leków, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia relaksacyjne, ćwiczenia z zakresu emisji głosu, ćwiczenia manipulacyjne na krtań, zabiegi fizyioterapeutyczne (elektryzacja krtani, inhalacje lekowe).

5.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone Ubezpieczonym przez świadczeniodawcę w związku z udzielaniem czy zaniechaniem udzielenia świadczeń zdrowotnych.

§ 2

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po 3 miesięcznym okresie karencji liczonym od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1.

W razie zaistnienia zdarzenia, o którym mowa w §1 ust. 2 Ubezpieczony zobowiązany jest do wypełnienia „Wniosku o przeprowadzenie badań i leczenia” w zakresie danych podawanych osobiście oraz danych medycznych poświadczanych przez lekarza pierwszego kontaktu lub leka-

rza specjalisty laryngologa, foniatry lub otolaryngologa i do zgłoszenie się niezwłocznie do Towarzystwa.

2.

W przypadku zaakceptowania wniosku o przeprowadzenie badań, Towarzystwo poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego oraz świadczeniodawcę.

3.

W przypadku braku akceptacji, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczonego podając jednocześnie powód odmowy.

4.

Po otrzymaniu informacji od Towarzystwa, świadczeniodawca w ciągu 7 dni skontaktuje się telefonicznie z Ubezpieczonym w celu ustalenia terminu i miejsca badania medycznego.

5.

Ubezpieczony jest zobowiązany stawić się na badania w wyznaczonym terminie, okazać dokument tożsamości oraz skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty laryngologa, foniatry lub otolaryngologa.

6.

Jeżeli Ubezpieczony nie wypełni obowiązków, określonych w powyższych punktach 1 i 5 Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia zdrowotnego.

7.

Dojazd na badanie i leczenie do świadczeniodawcy odbywa się na koszt Ubezpieczonego.

§ 4

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 48/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzą w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego Rodziny (indeks GZ AU 05)

§ 1

1.

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia polegające na wystąpieniu u osób objętych ochroną:
 - a) choroby,
 - b) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku;
 - c) pogorszeniu się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych wymienionych w § 2 ust 1 pkt 3);
- 2) lekarz centrum operacyjnego – lekarza konsultanta centrum operacyjnego;
- 3) sprzęt rehabilitacyjny – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 4) choroba przewlekła – zdiagnozowany przed zawarciem umowy ubezpieczenia stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 5) rodzic – ojca lub matkę Ubezpieczonego w rozumieniu zapisów umowy ubezpieczenia.

2.

Osobami objętymi ochroną w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia są:

- 1) Ubezpieczony,
- 2) współmałżonek Ubezpieczonego;
- 3) dziecko Ubezpieczonego zamieszkujące wspólnie z Ubezpieczonym;
- 4) rodzic Ubezpieczonego – jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 2 ust. 11.

3.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie i życie osób wymienionych w ust. 2.

4.

Na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielanych świadczeń opiekuńczych zdefiniowanych w § 2.

5.

Świadczenia opiekuńcze udzielane są za pośrednictwem centrum operacyjnego.

§ 2

1.

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:

- 1) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego w razie wystąpienia choroby;
- 2) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
- 3) świadczenia gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego takich jak:
 - a) zgon dziecka lub urodzenie martwego dziecka,
 - b) zgon współmałżonka,
 - c) choroba Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego;

4) zdrowotne usługi informacyjne;

5) dostęp do infolinii „Baby Assistance”;

6) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy medycznej rodzicowi Ubezpieczonego.

2.

W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1) i 2) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:

- 1) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji gdy Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia. Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 100 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2) transport medyczny z miejsca zachorowania do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 3) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego przebywali w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 4) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej w przypadku gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; gdy Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego skierowany/-e jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 5) organizację procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymagają rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej. Towarzystwo zapewni:
zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego
albo
zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

- 6) organizację wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinni 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 Ubezpieczonego do łącznej kwoty 200 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego oraz pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 200 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

- 7) opiekę nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – w sytuacji, gdy Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego przebywają w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:

- a) przewozu dzieci pod opieką osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
- b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy).

Centrum operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt 7) ppkt a) i b) po uzyskaniu przez lekarza centrum operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki. W przypadku, gdy centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 7) ppkt a) lub b) Towarzystwo:

- c) zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości 150 zł za każdy dzień i maksymalnie do 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.

Świadczenia usług, o których mowa w pkt 7) ppkt a), b) i c) są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.

- 8) pomoc domową – jeżeli Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego jest hospitalizowany/-e przez okres dłuższy niż 7 dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Usługa świadczona jest do wysokości 300 zł i maksymalnie przez 5 dni.

3.

W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 2) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku.

- 1) wizytę lekarską – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.
- 2) wizytę pielęgniarki – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesie-

niu do jednego nieszczęśliwego wypadku.

4.

W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 3) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego pomoc psychologa. Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu 500 złotych w odniesieniu do jednej sytuacji losowej. Towarzystwo na prośbę Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.

5.

Limity kosztów określonych w ust. 2, 3 i 4 odnoszą się oddzielnie do Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego i dziecka Ubezpieczonego. W trakcie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej limity mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

6.

O celowości organizacji i pokrycia kosztów wyżej wymienionych usług decyduje lekarz centrum operacyjnego.

7.

Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń opiekuńczych przekroczy limit kosztów określony w Warunkach, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego, dziecko Ubezpieczonego lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a gwarantowanym przez Towarzystwo limitem.

8.

W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 4) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego:

- 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,
- 6) informacje o dietach, zdrowym żywności,
- 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania.

9.

Informacje, o których mowa w ust. 8, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza centrum operacyjnego lub Towarzystwa.

10.

W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 5) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego dostęp za pośrednictwem infolinii „Baby Assistance” do informacji o:

- 1) objawach ciąży,
- 2) badaniach prenatalnych,
- 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu,
- 4) szkołach rodzenia,
- 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
- 6) karmieniu noworodka,
- 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci,
- 8) pielęgnacji noworodka.

11.

W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 6) Towarzystwo gwarantuje rodzicowi Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokry-

cie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów:

- 1) pomoc domową oraz pielęgniarską – zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni w związku ze stwierdzoną przez lekarza centrum operacyjnego, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania rodzica Ubezpieczonego. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2) transport na wizytę kontrolną- zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną w roku po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni. (zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego);
- 3) dostęp do infolinii medycznej – polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji, co do dalszego postępowania.

12.

W odniesieniu do świadczeń wymienionych w ust. 11 pkt 1 i 2 nie mają zastosowania zapisy §2 ust. 13 pkt 5 ppkt k) niniejszych Warunków.

13.

Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:

- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem §3 ust. 7;
- 3) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
- 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie);
- 5) 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) pozostawiania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarskimi bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - d) chorób psychicznych;
 - e) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 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;
 - 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 Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - k) chorób przewlekłych.
- 6) Zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej polskiej.

§3

1.

W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.

2.

Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:

- a) imię i nazwisko,
- b) adres zamieszkania,
- c) numer polisy,
- d) okres ubezpieczenia,
- e) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
- f) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
- g) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

3.

Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego dostarczyć wskazane dokumenty, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.

4.

W przypadku gdy Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko 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 lub Współubezpieczony nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami pokryli koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 2), 3), 4) 5), i 6), Towarzystwo może zwrócić Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu 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 § 2 ust. 2 pkt 2) i 4) – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
- 2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 3) – datę wypisu ze szpitala;
- 3) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 5) i pkt 6) – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

§ 4

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 49/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych w związku z utratą pracy przez Ubezpieczonego z przyczyn dotyczących Pracodawcy (indeks GZ UP 02)

§ 1

1.

Użytym w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) data wypowiedzenia umowy o pracę – data wskazana w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy o pracę;
- 2) pracodawca – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczonym umowę o pracę na czas nieokreślony, lub na czas określony, jednak nie krótszy niż 6 miesięcy;
- 3) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na utracie pracy przez Ubezpieczonego w związku z otrzymaniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy o pracę z Ubezpieczonym przez Pracodawcę z przyczyn dotyczących Pracodawcy (w szczególności: ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości czy likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych) i związane z tym pogorszenie się stanu zdrowia Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

3.

Odpowiedzialność Towarzystwa polega na zapewnieniu Ubezpieczonemu, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 2 ust. 1 i 2 realizowanych przez Towarzystwo za pośrednictwem centrum operacyjnego.

4.

Warunkiem uzyskania świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 2 ust. 1 jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 3), potwierdzonego oświadczeniem dokumentującym wypowiedzenie umowy o pracę z innych przyczyn niż wina pracownika lub wypowiedzenie przez pracownika umowy o pracę.

§ 2

1.

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze przysługujące Ubezpieczonemu w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego dodatkową umową ubezpieczenia:

- 1) pakiet informacyjny – centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przy zachowaniu postanowień § 4 ust. 1, wysyła do Ubezpieczonego zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) instrukcje dotyczące pisania CV oraz wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV),
 - b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego, (dane nt. zakresu, treści oraz sposobu przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego,
 - c) instrukcje dotyczące pisania biznes planu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznes planu.
- 2) informacja telefoniczna – Ubezpieczony, przy zachowaniu postanowień § 4 ust. 1, ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do następujących informacji:
 - a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy,
 - b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne,
 - c) prawa i obowiązki bezrobotnych,
 - d) rejestracja w urzędzie pracy,

- e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych,
 - f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych,
 - g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym,
 - h) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
 - i) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - j) dokumenty i procedury konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.
- 3) aktywne poszukiwanie pracy – centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpieczonego bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego.
Z chwilą znalezienia oferty pracy, biura pośrednictwa (lub centrum operacyjne) niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu. Towarzystwo zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym w zakresie opisanym w ust. 1 pkt 3) przez okres 6 miesięcy licząc od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zachowaniem postanowień § 4 ust. 1 i 2 niniejszych Warunków.
- 4) pomoc psychologa po utracie pracy – centrum operacyjne zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 150 zł. Termin i miejsce wizyty uzgadnia centrum operacyjne z Ubezpieczonym, przy zachowaniu postanowień § 4 ust. 1 i 2.

2.

Towarzystwo na wniosek Ubezpieczonego świadczy poprzez centrum operacyjne usługi informacyjne w zakresie możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

3.

Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje usług w zakresie świadczeń opiekuńczych, wymienionych w ust. 1, poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 3

1.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po 3 – 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 umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składek należnych za okres karencji i przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.

2.

W uzasadnionych przypadkach, na pisemny wniosek Ubezpieczającego, Towarzystwo może odstąpić od stosowania okresu karencji.

3.

Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa:

- a) po upływie 6 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- b) na zasadach określonych w § 9, ust. 2 pkt 1), 3), 4), 5) o.w.u.

§4

1.

W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zobowiązany jest w ciągu 30 dni od daty wypowiedzenia umowy o pracę umieszczonej w oświadczeniu o wypowiedzeniu przesłać do centrum operacyjnego kopię tego oświadczenia oraz skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.

2.

Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:

- a) imię i nazwisko,
- b) adres zamieszkania,
- c) numer polisy,
- d) okres ubezpieczenia,
- e) datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego
- f) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym,
- g) inne informacje konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

3.

W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ust. 1 i 2, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

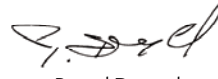
§5

1.

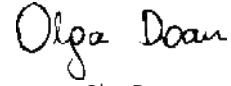
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 50/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego (indeks GZ ZM 05)

§ 1

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie współmałżonka Ubezpieczonego.

2.
W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęty zgon współmałżonka Ubezpieczonego.

3.
Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach określonych w § 2 ust. 7 umowy ubezpieczenia stosowanych odpowiednio do współmałżonka Ubezpieczonego.

§ 2

1.
Z tytułu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, jeżeli warunki innych umów dodatkowych nie stanowią inaczej.

2.
Ubezpieczony jest zobowiązany 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) odpis lub poświadczona kopia aktu małżeństwa;
- 3) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu lub zajścia zdarzenia;
- 4) opis wypadku oraz odnośne dokumenty dotyczące ustalenia okoliczności zdarzenia, w tym notatkę policyjną (jeżeli zdarzenie miało charakter wypadkowy).

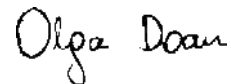
§ 3

1.
W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.
Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 51/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku (indeks GZ ZN 04)

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie współmałżonka Ubezpieczonego.

2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęty zgon współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku.

3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń, objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach określonych w §2ust. 7 i 8 umowy ubezpieczenia.

§ 2

1. Z tytułu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, wysokość świadczenia podana jest łącznie z wysokością świadczenia za zgon współmałżonka Ubezpieczonego.

2. Ubezpieczony jest obowiązany 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 oraz odnośne dokumenty dotyczące ustalenia okoliczności zdarzenia, w tym notatkę policyjną.

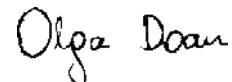
§ 3

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 52/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u współmałżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania (indeks GZ PW 05)

§ 1

1.

Użyтым w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) złośliwa choroba nowotworowa – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkina w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia złośliwej choroby nowotworowej wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu całkowitej utraty wzroku, przeszczepu, udaru, do wystąpienia których przyczyniła się złośliwa choroba nowotworowa;
- 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 nieskutkujące pilną hospitalizacją, leczone i niepozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia zawału serca wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu zabiegu kardiologicznego przeprowadzonego w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca;
- 3) udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczenia 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 nieskutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar niepozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR). Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia udaru mózgu wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu wystąpienia: całkowitej utraty wzroku, do wystąpienia których przyczynił się udar mózgu;
- 4) niewydolność nerek – mocznica na skutek przewlekłej niewydolności nerek, wymagająca leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy, lub istnienie pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia niewydolności nerek wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu przeszczepu, do wystąpienia którego przyczyniła się niewydolność nerek;
- 5) całkowita utrata wzroku – całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub urazu. O utrwalonym charakterze utraty wzroku orzeka specjalista po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia całkowitej utraty wzroku wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu wystąpienia każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które przyczyniło się do wystąpienia całkowitej utraty wzroku;
- 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 pomostowania tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. W przypadku jeżeli przeprowadzenie zabiegu pozostaje w związku z poważnym zachorowaniem – zawałem serca – uznanym przez Towarzystwo świadczenie z tytułu zabiegu kardiologicznego nie jest należne;
- 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 Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu przeszczepu wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu wystąpienia każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które przyczyniło się do wystąpienia przeszczepu.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie współmałżonka Ubezpieczonego.

3.

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte wystąpienie poważnego zachorowania u współmałżonka Ubezpieczonego, dodatkowa umowa ubezpieczenia obejmuje następujące zachorowania i zabiegi operacyjne:

- 1) złośliwa choroba nowotworowa;
- 2) zawał serca;
- 3) udar mózgu;
- 4) niewydolność nerek;
- 5) całkowita utrata wzroku;
- 6) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym;
- 7) zabiegi kardiologiczne;
- 8) zabiegi kardiologiczne na otwartym sercu;
- 9) przeszczep.

4.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania współmałżonka na zasadach określonych w §2 ust. 9 umowy ubezpieczenia oraz jeżeli poważne zachorowanie współmałżonka Ubezpieczonego było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).

5.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności w sytuacji, gdy współmałżonek Ubezpieczonego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń wymienionych w § 3 ust. 2, co miało wpływ na rozwój choroby.

6.

Poważnych zachorowań obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa w rozumieniu niniejszych Warunków nie stanowią:

- 1) choroby wymienione w § 1 ust. 3 pkt 1), 2), 3), 4), 5) i 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.

§ 2

1.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do współmałżonka danego Ubezpieczonego rozpoczyna się po 3-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa w rocznicę polisy, następującą po dniu, w którym współmałżonek ukończył 65. rok życia przy zachowaniu postanowień o.w.u.

§ 3

1.

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

2.

W razie wystąpienia poważnego zachorowania współmałżonek powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.

3.

Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za takie dokumenty uznaje się również wyniki badań współmałżonka, potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją.

4.

W razie zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny uzyskanych 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 są przeprowadzane na koszt Towarzystwa.

5.

Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli współmałżonek nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.

6.

W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego (tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego). Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne poważne zachorowania zgodnie z wiedzą medyczną nie wynikają bezpośrednio lub pośrednio z poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego, za które wypłacono świadczenie.

§ 4

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 53/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu u współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku (indeks GZ IW 05)

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie współmałżonka Ubezpieczonego.

2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu u współmałżonka Ubezpieczonego.

3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu współmałżonka na zasadach określonych w § 2 ust. 8 umowy ubezpieczenia.

4. Dodatkowo odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic.

5. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu ujawnił się (i nie był wcześniej leczony) po upływie 180 dni od wypadku.

§ 2

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego wygasa w rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym współmałżonek Ubezpieczonego ukończył 65. rok życia.

§ 3

1. Z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

2. Kwotę świadczenia, o którym mowa w ust. 1, stanowi 1% sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień ustępów poniższych.

3. Towarzystwo zawierając umowę zastrzega sobie prawo do ustalenia w dodatkowej umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia wypłacanego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu współmałżonka.

4. Towarzystwo określa jako bezsporną tę część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wielkości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.

5. Bezsporna część świadczenia jest orzekana na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji.

6. Dla zdarzeń wypadkowych zaistniałych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dopuszcza się przedkładanie dokumentacji medycznej w języku angielskim, w innych przypadkach językiem obowiązującym jest język polski.

7.

Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony w ostatecznej wysokości przez lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia wypadku.

8.

Wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu stwierdza lekarz lub lekarzy orzekający Towarzystwa, z zastrzeżeniem że:

- 1) procent trwałego uszczerbku na zdrowiu jest orzekany na podstawie „Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku” obowiązującej w Towarzystwie w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, która jest dostępna w siedzibie Towarzystwa, a na wniosek Ubezpieczającego jest mu bezzwłocznie przesyłana przez Towarzystwo;
- 2) pogorszenie się stanu zdrowia współmałżonka po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa nie stanowi podstawy do ponownego orzekania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 3) orzeczenie lekarza orzekającego Towarzystwa o wystąpieniu u współmałżonka Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku może podlegać weryfikacji przez regionalnego konsultanta medycznego Towarzystwa w zakresie zgodności z procedurami orzekania.

9.

Jeżeli wskutek wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopnie trwałego uszczerbku na zdrowiu zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

10.

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 trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stanem po wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.

11.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu współmałżonka.

12.

Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu wydatki poniesione na przejazdy transportem publicznym, na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanych przez Towarzystwo miejsc urzędowania lekarzy Towarzystwa, na podstawie dokumentu wskazującego środek transportu i kwotę poniesionych wydatków (np. biletu komunikacji miejskiej, biletu PKP). Koszty dojazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna są refundowane wyłącznie po uprzednim zaakceptowaniu i potwierdzeniu na piśmie przez Towarzystwo zasadności takiego wyboru. Akceptacja powyższa może wystąpić wyłącznie przed wskazanym terminem komisji.

13.

Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez współmałżonka.

14.

W razie zaniechania przez współmałżonka dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego Towarzystwa mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.

15.

Po zaistnieniu wypadku współmałżonek Ubezpieczonego jest zobowiązany niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania w celu złagodzenia skutków wypadku poprzez stosowanie się do zaleceń lekarskich.

16.

Naruszenie obowiązków określonych w ust. 14 i 15 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.

17.

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.

18.

Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, zawierające w szczególności:

- 1) opis wypadku;
- 2) wstępne orzeczenie lekarskie;
- 3) przewidywany termin zakończenia leczenia współmałżonka z uwzględnieniem okresu rehabilitacji;
- 4) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem);
- 5) protokół BHP jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy.


§ 4

1.

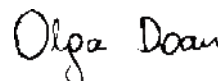
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 54/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego po zgonie Ubezpieczonego (indeks GZ ZU 05)

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.

2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęty 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 § 2 ust. 2, na zasadach określonych w § 2 ust. 7 umowy ubezpieczenia.

§ 2

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 Ubezpieczonego.

2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową życia współmałżonka Ubezpieczonego następuje na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia, zawartej przez Towarzystwo ze współmałżonkiem Ubezpieczonego w trybie i na warunkach wskazanych przez Towarzystwo. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego jest polisa indywidualna, wystawiona przez Towarzystwo, w której jako Ubezpieczający wskazany jest współmałżonek Ubezpieczonego.

4. Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka Ubezpieczonego jest wskazany w polisie indywidualnej, o której mowa w ust. 3; okres ten zaczyna się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka Ubezpieczonego i kończy się w dniu:

- 1) upływu trzech lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka Ubezpieczonego;
- 2) w dniu, w którym każde z dzieci Ubezpieczonego przestało spełniać warunki, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 10 a) o. w. u., z zastrzeżeniem iż w odniesieniu do dzieci Ubezpieczonego, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 10 b) o. w. u., odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w dniu, o którym mowa w pkt 1);
- 3) w dniu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego.

5. Indywidualna umowa ubezpieczenia na życie współmałżonka Ubezpieczonego, 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 Ubezpieczonego stanowi kwota będąca sumą ubezpieczenia z niniejszej umowy dodatkowej w dniu zgonu Ubezpieczonego.

§ 3

1. W razie zgonu współmałżonka Ubezpieczonego – gdy to zdarzenie jest objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka Ubezpieczonego, o której mowa w § 2 ust. 2 Towarzystwo wypłaci świadczenie wszystkim dzieciom Ubezpieczonego, spełniającym warunki, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 10) o.w.u..

2. Do chwili osiągnięcia przez osierocone dziecko pełnoletności świadczenie wypłacone zostanie przedstawicielowi ustawowemu dziecka. Po uzyskaniu przez osierocone dziecko pełnoletności świadczenie będzie wypłacone osieroconemu dziecku. Jeżeli mimo osiągnięcia pełnoletności osierocone dziecko nie będzie posiadało pełnej zdolności do czynności prawnych, świadczenie zostanie wypłacone przedstawicielowi ustawowemu dziecka. W powyższej sytuacji na przedstawicieli ustawowym dziecka spoczywa obowiązek przedłożenia Towarzystwu w terminie do 30 dni od dnia uzyskania przez osierocone dziecko pełnoletności dokumentu stwierdzającego ograniczenie zdolności do czynności prawnych dziecka albo brak zdolności do czynności prawnych dziecka.

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

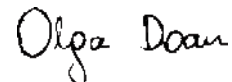
§ 4

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 55/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego (indeks GZ ZR 06)

§ 1

1.
Użytym w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia, zaś poniższe określenie oznacza: rodzic – ojciec lub matka Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego oraz macocha i ojczym Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu zapisów o.w.u.

2.
Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie rodzica Ubezpieczonego i rodzica współmałżonka Ubezpieczonego.

3.
W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęty zgon rodzica Ubezpieczonego lub zgon rodzica współmałżonka Ubezpieczonego.

4.
Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach określonych w §2 ust. 7 umowy ubezpieczenia stosowanych odpowiednio do rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego.

§ 2

1.
Z tytułu zgonu rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

2.
Ubezpieczony jest zobowiązany 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 Ubezpieczonego;
- 2) kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
- 3) w razie 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 z uwzględnieniem wszystkich okresów objęcia ochroną w ramach grupowego ubezpieczenia na życie, decyduje kolejność zgłoszenia.

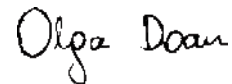
§ 3

1.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.
Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 56/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu rodzica Ubezpieczonego (indeks GZ ZRU 03)

§ 1

1. Użyty w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenie oznacza: rodzic – ojciec lub matka Ubezpieczonego oraz macocha i ojczym Ubezpieczonego w rozumieniu zapisów o. w. u;

2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie rodzica Ubezpieczonego.

3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęty zgon rodzica Ubezpieczonego.

4. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych dodatkową umową ubezpieczenia na zasadach określonych w §2 ust. 7 umowy ubezpieczenia stosowanych odpowiednio do rodzica Ubezpieczonego.

§ 2

1. Z tytułu zgonu rodzica Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczony jest zobowiązany 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;
- 2) kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.

3. W całym okresie odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego odpowiedzialność ogranicza się do wypłaty dwóch świadczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia z uwzględnieniem wszystkich okresów objęcia ochroną w ramach grupowego ubezpieczenia na życie, decyduje kolejność zgłoszenia.

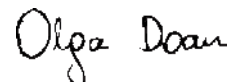
§ 3

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu (indeks GZ UD 06)

§ 1

1.
Użytym w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia, zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) bank krwi – NOVUM Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Bocińskiej 13, podmiot świadczący usługi przechowywania krwi pępowinowej w banku krwi;
- 2) data zdarzenia – data urodzenia lub przysposobienia pełnego nierozzerwalnego dziecka wskazana w akcie urodzenia lub data wskazana w orzeczeniu sądu opiekuńczego w przypadku przysposobienia pełnego, niebędącego przysposobieniem nierozzerwalnym;
- 3) urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu – urodzenie się dziecka, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka, lub przysposobienie dziecka przez Ubezpieczonego.

2.

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

§ 2

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po 6-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3

1.

Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w kwocie określonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

2.

Ubezpieczony może wskazać jedną z form wypłaty całości świadczenia oferowaną przez Towarzystwo:

- 1) wypłatę świadczenia bezpośrednio Ubezpieczonemu w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia,
- 2) częściowe pokrycie kosztów zdeponowania krwi pępowinowej, zawierającej komórki macierzyste, w banku krwi, w kwocie odpowiadającej wysokości świadczenia wskazanego w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

3.

Sposób wypłaty świadczenia wskazany w ust. 2 pkt 2 może być zrealizowany pod warunkiem wcześniejszego zawarcia umowy pomiędzy bankiem krwi a Ubezpieczonym, w terminie wskazanym przez bank krwi, w zakresie przechowywania krwi pępowinowej.

4.

Ubezpieczony jest zobowiązany 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 dziecka oraz w przypadku przysposobienia pełnego (niebędącego przysposobieniem pełnym nierozwiązywalnym) orzeczenie sądu opiekuńczego.

5.

W przypadku wypłaty świadczenia w formie, o której mowa w ust. 2 pkt. 2 niezbędne jest wpisanie na wniosku o wypłatę świadczenia Banku Krwi Novum – jako odbiorcy świadczenia oraz podanie jego numeru rachunku bankowego na który ma być zrealizowany przelew.

§ 4

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 58/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu dziecka Ubezpieczonego i urodzenia się martwego dziecka (indeks GZ ZD 05)

§ 1

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 są objęte:

- 1) zgon dziecka Ubezpieczonego,
- 2) urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu.

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.

§ 2

1.
Z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w § 1 ust. 2, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

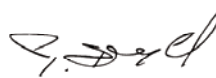
2.
Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:

- 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu – w razie zgonu dziecka;
- 2) odpis lub poświadczona kopia aktu urodzenia, z odpowiednią adnotacją – w razie urodzenia się martwego dziecka;
- 3) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu lub zajścia zdarzenia;
- 4) opis wypadku oraz odnośne dokumenty dotyczące ustalenia okoliczności zdarzenia, w tym notatkę policyjną (jeżeli zdarzenie miało charakter wypadkowy).

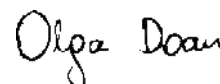
§ 3

1.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.
Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 59/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego (indeks GZ OD 05)

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.

2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte 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.

§ 2

1. Z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci na rzecz każdego dziecka Ubezpieczonego świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

2. Przedstawiciel ustawowy lub dziecko pełnoletnie jest zobowiązane 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.

3. Świadczenie wypłacone zostanie przedstawicielowi ustawowemu dziecka lub pełnoletniemu dziecku. Jeżeli mimo osiągnięcia pełnoletności osieroczone dziecko nie będzie posiadało pełnej zdolności do czynności prawnych, świadczenie zostanie wypłacone przedstawicielowi ustawowemu dziecka. W powyższej sytuacji na przedstawicielu ustawowym dziecka spoczywa obowiązek przedłożenia Towarzystwu w terminie do 30 dni od dnia uzyskania przez osieroczone dziecko pełnoletności dokumentu stwierdzającego ograniczenie zdolności do czynności prawnych dziecka albo brak zdolności do czynności prawnych dziecka.

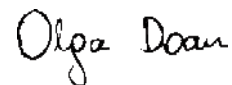
§ 3

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 60/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia z wypłatą renty miesięcznej w razie osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego (indeks GZ OR 03)

§ 1

1.
Użytym w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia, zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) osierocone dziecko – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które na dzień osierocenia przez Ubezpieczonego nie ukończyło 20. roku życia;
- 2) renta – świadczenie miesięczne dla każdego osieroconego dziecka, wypłacane przez Towarzystwo.

2.
Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.

3.
W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić rentę na rzecz każdego osieroconego dziecka przez okres wypłaty w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że zgon Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.

4.
Wypłata świadczenia z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest możliwa wyłącznie w razie uznania zasadności roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, to jest wypłaty świadczenia za zgon Ubezpieczonego.

§ 2

1.
Z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci na rzecz każdego dziecka Ubezpieczonego świadczenie w postaci renty przez 60 miesięcy.

2.
Współmałżonek Ubezpieczonego, dziecko Ubezpieczonego lub jego przedstawiciel ustawowy jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należy w szczególności:

- 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu Ubezpieczonego;
- 2) odpis lub poświadczona kopia aktu urodzenia osieroconego dziecka;
- 3) dokument potwierdzający przysposobienie dziecka przez Ubezpieczonego;
- 4) dokument stwierdzający umocowanie do działania w imieniu osieroconego dziecka.

3.
Towarzystwo wypłaca świadczenie w postaci renty miesięcznej, w wysokości określonej w polisie.

4.
Jeżeli świadczenie jest zasadne, dziecko jest uprawnione do otrzymania świadczenia od 1. dnia kolejnego miesiąca po zgonie Ubezpieczonego.

5.
Towarzystwo zobowiązuje się co miesiąc kierować dyspozycję przekazania świadczenia do realizacji do 5. dnia roboczego każdego miesiąca.

6.
W okresie wypłaty renty będzie wypłacana przedstawicielowi ustawowemu dziecka do chwili osiągnięcia przez osierocone dziecko pełnoletności. Po uzyskaniu przez osierocone dziecko pełnoletności świadczenie będzie wypłacane osieroconemu dziecku do zakończenia okresu wypła-

ty. Jeżeli mimo osiągnięcia pełnoletności osierocone dziecko nie będzie posiadało pełnej zdolności do czynności prawnych, a okres wypłaty nie ulegnie zakończeniu, świadczenie w dalszym ciągu będzie wypłacane przedstawicielowi ustawowemu dziecka. W powyższej sytuacji na przedstawicielu ustawowym dziecka spoczywa obowiązek przedłożenia Towarzystwu w terminie do 30 dni od dnia uzyskania przez osierocone dziecko pełnoletności dokumentu stwierdzającego ograniczenie zdolności do czynności prawnych dziecka albo brak zdolności do czynności prawnych dziecka.

7.
Przedstawiciel ustawowy dziecka jest zobowiązany, pod rygorem skutków prawnych, informować Towarzystwo o wszelkich okolicznościach mających wpływ na wypłatę świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, a w szczególności o osiągnięciu pełnoletności przez osierocone dziecko. W razie niepodania do wiadomości Towarzystwa okoliczności mających wpływ na wypłatę świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej Towarzystwo wstrzyma wypłatę świadczenia do czasu uzyskania aktualnych danych adresowych osieroconego dziecka. W razie zgonu dziecka przedstawiciel ustawowy jest obowiązany powiadomić o tym fakcie Towarzystwo.

8.
Zgon osieroconego dziecka powoduje zaprzestanie wypłaty renty z dniem zaistnienia zdarzenia.

§ 3

1.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.
Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 61/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania (indeks GZ PD 05)

§ 1

1.

Użyty w niniejszej umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu);
- 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 trzytygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z przeprowadzonego leczenia;
- 4) schyłkowa niewydolność wątroby – występowanie klinicznych objawów ostrej lub przewlekłej niewydolności mięszu wątroby będące wyrazem ciężkich zaburzeń funkcji wątroby, wyczerpujących jej możliwości kompensacyjne. Objawy, których łączne i jednoczesne występowanie jest konieczne do uznania roszczenia:
 - a) żółtaczka,
 - b) narastanie wodobrzusza,
 - c) zaburzenia krzepnięcia krwi,
 - d) encefalopatia wątrobowa.Z zakresu odpowiedzialności wykluczona jest niewydolność wątroby powstała na skutek spożywania alkoholu lub umyślnego zatrucia lekami;
- 5) cukrzyca – cukrzyca nabyta insulinozależna, o etiologii autoimmunologicznej, trwająca co najmniej 3 miesiące;
- 6) dystrofia mięśniowa – dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii). Konieczne jest 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 głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe doprowadzający do trwałego deficytu neurologicznego powodującego istotne upośledzenie stopnia sprawności Ubezpieczonego; oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania ubytku neurologicznego. Wykluczone są: śpiączka powstała bezpośrednio lub pośrednio wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, innych środków chemicznych; stan śpiączki wywołany lub przedłużany sztucznie w celach terapeutycznych. Dla uznania roszczenia konieczna jest dokumentacja medyczna z leczenia szpitalnego, zawierająca między innymi ocenę stanu neurologicznego przy wypisie. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia śpiączki wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu wystąpienia każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które przyczyniło się do wystąpienia śpiączki

2.

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest wystąpienie poważnego zachorowania u dziecka Ubezpieczonego, dodatkowa umowa ubezpieczenia obejmuje następujące zachorowania:

- 1) nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami,
- 2) krańcowa niewydolność nerek,
- 3) zapalenie mózgu,
- 4) niewydolność wątroby,
- 5) cukrzyca,
- 6) dystrofia mięśniowa,
- 7) guzy śródczaszkowe,
- 8) śpiączka.

3.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego na zasadach określonych w §2 ust. 9 umowy ubezpieczenia oraz jeżeli wystąpienie poważnego zachorowania było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

- 1) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- 2) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi.

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. 1, jeżeli ich objawy wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.

§ 2

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z dzieci Ubezpieczonego rozpoczyna się po 3-miesięcznym okresie karencji, licznym od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3

1.

W razie wystąpienia poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

2.

W razie wystąpienia poważnego zachorowania dziecko Ubezpieczonego powinno być poddane opiece lekarskiej.

3.

Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za dokumenty takie uznaje się w szczególności wyniki badań, potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją.

4.

W razie 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 są przeprowadzane na koszt Towarzystwa.

5.

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.

6.

W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego (tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego). Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne poważne zachorowania zgodnie z wiedzą medyczną nie wynikają bezpośrednio lub pośrednio z poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego, za które wypłacono świadczenie.

§ 4

1.

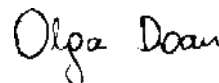
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 62/2006 dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (indeks GZ FI 04)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o. w. u.).

2. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w o. w. u., zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) całkowity wykup ubezpieczenia – wypłata 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 – wypłata części środków zgromadzonych w funduszach na rachunkach Ubezpieczonego;
- 5) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków;
- 6) ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (zwany dalej funduszem) – wydzielona rachunkowo część aktywów Towarzystwa tworzoną ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia;
- 7) jednostki uczestnictwa – części o równej wartości, na które jest podzielony 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 są ewidencjonowane 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 są ewidencjonowane 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 – składka płacona przez Ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, pochodząca ze środków Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego;
- 12) umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie o. w. u.;
- 13) koszt prowadzenia rachunku – opłata w wysokości wskazanej w taryfie kosztów potrącana miesięcznie z rachunków jednostek.

Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana 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 jest objęte 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 jest zawierana na czas nieokreślony.

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

Składka

§ 3

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest obowiązany opłacać składkę inwestycyjną za osoby objęte odpowiedzialnością na podstawie tej umowy w kwocie równej co najmniej minimalnej składce inwestycyjnej, ustalonej przez Towarzystwo przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający ma prawo opłacać składkę inwestycyjną w wysokości wyższej niż określona w deklaracji przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia.

3. Składka inwestycyjna jest płacona przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą dla składki w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

4. Składka inwestycyjna jest płacona na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo i jest uważana za opłaconą w dniu wpłynięcia na ten rachunek.

Fundusze

§ 4

1. Fundusze są tworzone:

- 1) ze składek inwestycyjnych wpłacanych przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonych;
- 2) ze środków przenoszonych pomiędzy funduszami, z zastrzeżeniem postanowień § 5;
- 3) ze środków transferowanych z rachunku prowadzonego w ramach grupowej umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem na rzecz danego Ubezpieczonego, jeżeli ochrona ubezpieczeniowa względem Ubezpieczonego z tytułu tej umowy wygasła.

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 inwestycyj-

ne wpłacane przez Ubezpieczającego.

3.

W ramach każdego funduszu 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.

4.

Maksymalna różnica pomiędzy ceną kupna a ceną sprzedaży jednostek uczestnictwa każdego funduszu jest określona w taryfie kosztów.

5.

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

§ 5

1.

Jednostki uczestnictwa są nabywane 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.

Jeżeli 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 są lokowane 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 razie braku wskazania funduszy, w których mają być lokowane składki, Towarzystwo lokuje całość składki przeznaczonej na zakup jednostek uczestnictwa w wybranym przez Towarzystwo funduszu. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100, składka inwestycyjna jest lokowana w różnych funduszach, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.

6.

Składki inwestycyjne płacone ze środków Ubezpieczonego i składki inwestycyjne płacone ze środków Ubezpieczającego są lokowane 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 następnej 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 następną 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 są dokonywane na podstawie wniosku na formularzu Towarzystwa, dostarczonego za pośrednictwem Ubezpieczającego i następują:

- 1) w razie zmiany podziału procentowego, o którym mowa w ust. 7 pkt. 1), w stosunku do każdej następnej składki inwestycyjnej, za którą nabywane są środki po dacie otrzymania wniosku przez Towarzystwo;
- 2) w razie przenoszenia środków pomiędzy funduszami, o którym mowa w ust. 7 pkt. 2), najpóźniej w ciągu 5 dni robocznych od otrzymania wniosku przez Towarzystwo.

9.

Dyspozycje, o których mowa w ust. 5, oraz operacje, o których mowa w ust. 7, są dokonywane na wniosek Ubezpieczonego, zgłoszony na formularzu Towarzystwa. W sytuacji opisanej powyżej:

- 1) dyspozycje i operacje na rachunku A są dokonywane 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

§ 6

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.

Staż w umowie dodatkowej

§ 7

1.

Na pisemny wniosek Ubezpieczonego, który wystąpił z umowy dodatkowej i nie dokonał całkowitego wykupu środków z rachunków a następnie ponownie przystąpił do umowy dodatkowej po okresie nie dłuższym niż trzy miesiące, zalicza się temu Ubezpieczonemu ciągłość stażu w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

2.

Środki znajdujące się na rachunkach Ubezpieczonego zostają przetransferowane na nowe rachunki tego Ubezpieczonego, z zaliczeniem stażu

z poprzedniej umowy dodatkowej pod warunkiem złożenia, w chwili ponownego przystąpienia do umowy dodatkowej wniosku, o którym mowa w ust. 1.

3.

Po upływie terminu o którym mowa w ust. 1 Ubezpieczony przystępuje do umowy dodatkowej bez zaliczenia stażu, środki zgromadzone na jego rachunkach są przetransferowane na nowe rachunki, na jego wniosek po pobraniu kosztów wykupu zgodnych z taryfą.

4.

Operacja o której mowa w ust. 2 i 3 może być dokonana po uprzedniej, pisemnej zgodzie Ubezpieczającego jeżeli dotyczy środków zgromadzonych na rachunku A.

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 zostały zewidencjonowane na co najmniej jednym z rachunków Ubezpieczonego jednostki uczestnictwa nabyte za pierwszą składkę.

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 zrówna się z wysokością 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 o. w. u.;
- 5) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia w sytuacjach określonych w § 11;
- 6) w dniu wystąpienia Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia.

3.

W razie 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.

4.

W razie nie otrzymania wniosku o wykup w sytuacji wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia z powodu, o którym mowa w ust. 2 pkt 6 Towarzystwo będzie utrzymywało środki na rachunkach Ubezpieczonego do czasu zrównania się wartości środków zapisanych na rachunkach z wysokością kosztów wykupu ubezpieczenia zgodnych z taryfą kosztów.

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 jest składany na piśmie przez:

- 1) Ubezpieczonego po akceptacji Ubezpieczającego – w razie wykupu z rachunku A;
- 2) Ubezpieczonego – w razie 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 pisemny wniosek o wykup, 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 pisemny wniosek o wykup, wskazujący jaką kwota środków i z których funduszy ma podlegać wykupowi, przy zachowaniu postanowień ust. 2 i ust. 3.

6.

Zarówno w wypadku całkowitego, jak i częściowego wykupu ubezpieczenia liczba jednostek odpowiadających swojej 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 pisemnego wniosku o wykup, o którym mowa w ust. 2, w formie jednorazowej wypłaty.

8.

Wartość wykupu (całkowitego lub częściowego) jest ustalana według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zaakceptowania przez Towarzystwo pisemnego 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, określane są na podstawie obowiązującej taryfy kosztów.

12.

Niezależnie od innych postanowień Warunków, Towarzystwo wypłaca kwotę w wysokości wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia bez potrącania kosztów wykupu w następujących przypadkach:

- 1) zgonu Ubezpieczonego – Uposażonemu zgodnie z umową ubezpieczenia, na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu 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 sytuacjach określonych w § 11, w terminie 30 dni od daty pisma informującego Ubezpieczającego o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia;
- 4) transferu środków, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt. 3 Warunków na wniosek Ubezpieczającego.

13.

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

14.

Wartość wykupu całkowitego jest ustalana w przypadkach:

- 1) o którym mowa w ust. 12 pkt. 1) – według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zgonu Ubezpieczonego;
- 2) o którym mowa w ust. 12 pkt. 2) – według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zaakceptowania wniosku o wypłatę świadcze-

- nia z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego;
- 3) o którym mowa w ust. 12 pkt. 3) – według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.
 - 4) o którym mowa w ust. 12 pkt. 4) – według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o transfer środków.

15.

W razie ustania stosunku pracy – jeżeli Ubezpieczony nie uzyska akceptacji Ubezpieczającego dotyczącej całkowitego wykupu ubezpieczenia, o której mowa w § 8 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) zostać zablokowane na rachunku A do dnia upływu okresu wskazanego przez Ubezpieczającego.

16.

Wskazanie sposobu rozporządzenia jednostkami zgromadzonymi na rachunku A, o którym mowa w ust. 15, doręczone Towarzystwu jest wiążące w stosunku do wszystkich osób objętych dodatkową umową ubezpieczenia.

17.

W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może zablokować środki znajdujące się na rachunkach A Ubezpieczonych do dnia upływu okresu wskazanego przez Ubezpieczającego.

18.

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 § 10

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 § 11

Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:

- 1) braku środków na wszystkich rachunkach;
- 2) rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe § 12

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u. oraz Regulaminu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 20/2000 dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Taryfa kosztów do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym o indeksie GZ FI 04

Niniejsza taryfa kosztów ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym o indeksie GZ FI 04

O ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, to:

- 1) Na zakup jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na rachunkach A i B przeznaczane jest:
 - w pierwszym roku odpowiedzialności Towarzystwa co najmniej 80%;
 - w drugim roku odpowiedzialności Towarzystwa co najmniej 92%;
 - w trzecim roku odpowiedzialności Towarzystwa co najmniej 96%;
 - w kolejnych latach odpowiedzialności Towarzystwa 100% każdej składki inwestycyjnej.
- 2) Cena kupna jednostki uczestnictwa każdego funduszu nie może być wyższa od ceny sprzedaży jednostki tego funduszu o więcej niż 5% ceny sprzedaży jednostki.
- 3) Opłata za zarządzanie aktywami wynosi do 2% w skali roku od wartości aktywów i jest naliczana przy każdej wycenie jednostki.
- 4) Koszty prowadzenia rachunków wynoszą 1 zł miesięcznie za każdy otwarty rachunek Ubezpieczonego, potrącane w jednostkach uczestnictwa wszystkich funduszy, których jednostki uczestnictwa nabywa Ubezpieczający w równych częściach.
- 5) Koszty częściowego oraz całkowitego wykupu ubezpieczenia wynoszą:
 - w pierwszym roku 5% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
 - w drugim roku 4% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
 - w trzecim roku 3% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
 - w czwartym roku 2% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
 - w piątym roku 1% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
 - w szóstym roku i latach następnych – brak kosztów.

- 6) Zmiana podziału składki pomiędzy fundusze oraz przeniesienie środków pomiędzy funduszami są operacjami bezpłatnymi raz w ciągu każdego 12 miesięcy, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. Każda następna operacja w wyżej wymienionym okresie jest obciążona opłatą 15 złotych, potrącaną w jednostkach uczestnictwa z wszystkich funduszy, których jednostki uczestnictwa nabywa Ubezpieczający.

- 7) Towarzystwo zastrzega, że wszystkie koszty wyrażone jako kwoty w złotych mogą być indeksowane raz w roku kalendarzowym indeksem ustalonym przez Towarzystwo, nie wyższym niż aktualny roczny wskaźnik wzrostu cen towarów i usług, publikowany przez GUS.

Niniejsza taryfa kosztów została zatwierdzona uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 21/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu