

Przedsiębiorstwo: Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A.
Zezwolenie: DU/1853/AU/AP/96, DU/2167/AU/MO/97
Produkt: Moje Bezpieczeństwo Prestiż

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy ubezpieczenia i informacje umowne podane są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Moje Bezpieczeństwo Prestiż nr 1/2022 przyjętych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. nr 38 z dnia 20 kwietnia 2022 roku. oraz we wniosku lub wniosko-polisie.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie indywidualne (dział II i grupa 1) z Załącznika do Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Trwałe następstwa nieszczęśliwych wypadków:

- ✓ śmierć ubezpieczonego (klauzula I),
- ✓ trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w systemie świadczeń proporcjonalnych (klauzula II),
- ✓ trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w systemie świadczeń progresywnych (klauzula III).

Dodatkowo jako rozszerzenie mogą zostać objęte również następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku ubezpieczeniowego:

- ✓ trwałe częściowy uszczerbek na zdrowiu, obejmujący uszkodzenia ciała wskazane w Tabeli świadczeń nr 1 zamieszczonej w załączniku warunków ogólnych (klauzula IV),
- ✓ trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego (klauzula V),
- ✓ pobyt ubezpieczonego w szpitalu (klauzula VI),
- ✓ koszty rehabilitacji ubezpieczonego (klauzula VII),
- ✓ koszty leczenia ubezpieczonego (klauzula VIII),
- ✓ koszty operacji plastycznych (klauzula IX),

Suma ubezpieczenia i świadczenia

- ✓ Sumy ubezpieczenia z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wskazane są w umowie ubezpieczenia.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nieszczęśliwe wypadki oraz ich następstwa powstałe:

- ✗ W związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczonego samobójstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego uszkodzenia ciała.
- ✗ Podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, bez wymaganych uprawnień.
- ✗ W wyniku wypadku statku powietrznego nielicencjonowanych linii lotniczych.
- ✗ Jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek.
- ✗ Jako wynik zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.
- ✗ Jako wynik udziału ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia przez które rozumie się: narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo, gdy dyscypliny te uprawiane są poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi, rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie splywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie i oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo, oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- ! W związku z zażyciem przez ubezpieczonego leków nie zleconych przez lekarza, przebywaniem przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, zażyciem narkotyków lub wskutek zaburzeń świadomości u ubezpieczonego, o ile miało to wpływ na powstanie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zażycie przez ubezpieczonego leków nie zleconych przez lekarza, przebywanie przez niego w stanie po spożyciu alkoholu, zażycie narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy bądź zaburzenia świadomości miały wpływ na rozmiar szkody, Allianz może odpowiednio zmniejszyć wysokość świadczenia.
- ! W wyniku nieskorzystania przez ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich; w przypadku szkody powstałej wskutek rażącego niedbalstwa, Allianz nie jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli zapłała odszkodowania w danych okolicznościach odpowiada względem słuszności.
- ! W wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że było to leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.
- ! W wyniku świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że udział ubezpieczonego w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
- ! Jako wynik wyczynowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego, chyba że została opłacona dodatkowa składka z tytułu wyczynowego uprawiania sportu.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie obejmuje terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cały Świat, natomiast w przypadku klauzul dodatkowych (koszty rehabilitacji ubezpieczonego – klauzula VII, koszty leczenia ubezpieczonego – klauzula VIII, koszty operacji plastycznych – klauzula IX) koszty zostaną zwrócone pod warunkiem poniesienia ich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- Ubezpieczający, a w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej również ubezpieczony, obowiązany jest udzielić zgodnych z prawdą i jego najlepszą wiedzą odpowiedzi na wszystkie pytania zamieszczone we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub skierowane do niego na piśmie przez Allianz przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- W przypadku umowy zawieranej na cudzy rachunek, ubezpieczający jest zobowiązany przekazać osobie zainteresowanej warunki umowy ubezpieczenia.
- W czasie trwania umowy ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać na piśmie do Allianz zmiany danych podanych we wniosku o ubezpieczenie.
- W czasie trwania umowy ubezpieczający lub ubezpieczony obowiązani są do niezwłocznego poinformowania Allianz o rozpoczęciu wykonywania przez ubezpieczonego działalności zarobkowej (zawodu), jej zmianie lub rozpoczęciu wykonywania dodatkowej działalności zarobkowej (zawodu), wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu.
- W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony zobowiązany jest starać się o złagodzenie skutków wypadku poddając się niezwłocznie opiece lekarskiej oraz wypełniając zalecenia lekarza, niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 14 dni, powiadomić Allianz o zajściu nieszczęśliwego wypadku.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka płatna jest jednorazowo. Na wniosek ubezpieczającego płatność może być rozłożona przez Allianz na raty.

Składka lub jej pierwsza rata powinna być opłacona w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Terminy płatności kolejnych rat składki wskazane są w umowie ubezpieczenia.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Okres ubezpieczenia wskazany jest w umowie ubezpieczenia.

Odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w dniu wskazanym w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.

Odpowiedzialność Allianz kończy się z chwilą: rozwiązania umowy ubezpieczenia, upływu okresu ubezpieczenia, w razie niezapłacenia kolejnej raty składki, wypłaty świadczeń w łącznej wysokości równej sumie wskazanych w umowie ubezpieczenia sum ubezpieczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, w stosunku do danego ubezpieczonego – z chwilą śmierci.



Jak rozwiązać umowę?

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

- z upływem okresu, na jaki została zawarta,
- kiedy ubezpieczający, będący przedsiębiorcą, odstąpi od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia, a w przypadku pozostałych ubezpieczających – w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia,
- w razie niezapłacenia kolejnej raty składki – w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania do zapłaty tej raty składki, które zostanie przekazane ubezpieczającemu w dowolnej formie po upływie terminu zapłaty tej raty,
- w przypadku wypłaty świadczeń w łącznej wysokości równej sumie wskazanych w umowie ubezpieczenia sum ubezpieczenia,
- w stosunku do danego ubezpieczonego – z chwilą jego śmierci.

Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 o dystrybucji ubezpieczeń (Dz. U. poz. 2486 z 2017 roku) niniejszym przekazuję następujące informacje:

Adres siedziby:

ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa
KRS 0000028261
Infolinia dla klientów: 224 224 224

Nazwa firmy:

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A.

Informacja o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia:

Osoby wykonujące czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń otrzymują wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę. Mogą otrzymywać od zakładu ubezpieczeń także wynagrodzenie innego rodzaju – w postaci korzyści ekonomicznych lub zachęt finansowych i niefinansowych (np. finansowanie szkoleń, konkursów lub innych działań wspierających dystrybucję ubezpieczeń).

Informacja o możliwości złożenia przez klienta reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej;
- osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe (Dz. U. poz. 1529 oraz poz. 1830);
- ustnie telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce, o której mowa w punkcie powyżej;
- w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela klientowi, odpowiedzi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, wyjaśnimy w informacji przekazywanej osobie zgłaszającej reklamację, przyczynę opóźnienia, wskażemy okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Towarzystwa obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne warunki ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków
Moje Bezpieczeństwo Prestiż nr 1/2022

Rodzaj informacji	Dotyczy	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	§ 3
	Początek i koniec odpowiedzialności	§ 8
	Ustalanie świadczeń	§ 10
	Tryb dochodzenia roszczeń	§ 10 ust. 1
	Klauzula I – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	Nie dotyczy
	Klauzula II – trwały uszczerbek na zdrowiu (system świadczeń proporcjonalnych)	Nie dotyczy
	Klauzula III – trwały uszczerbek na zdrowiu (system świadczeń progresywnych)	Nie dotyczy
	Klauzula IV – trwały częściowy uszczerbek na zdrowiu	Nie dotyczy
	Klauzula V – trwała niezdolność do pracy	Nie dotyczy
	Klauzula VI – pobyt w szpitalu	Nie dotyczy
	Klauzula VII – koszty rehabilitacji	Nie dotyczy
	Klauzula VIII – koszty leczenia	Nie dotyczy
	Klauzula XIX – koszty operacji plastycznych	Nie dotyczy
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Suma ubezpieczenia i składka	§ 6 ust. 2-3
	Postanowienia ogólne	§ 4 pkt 3-4 § 13
	Prawa i obowiązki stron	§ 9 ust. 1, 7
	Wypłata świadczenia	§ 12 ust. 5, 7
	Ograniczenia odpowiedzialności	§ 13
	Klauzula II – trwały uszczerbek na zdrowiu (system świadczeń proporcjonalnych)	Ust. 4-5
	Klauzula III – trwały uszczerbek na zdrowiu (system świadczeń progresywnych)	Ust. 3-5
	Klauzula IV – trwały częściowy uszczerbek na zdrowiu	Ust. 2-3, 5
Klauzula VII – koszty rehabilitacji	Ust. 2	

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW MOJE BEZPIECZEŃSTWO PRESTIŻ NR 1/2022

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Moje Bezpieczeństwo Prestiż mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., zwane dalej „Allianz”, z osobami fizycznymi, prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, lecz posiadającymi zdolność prawną oraz z przedsiębiorcami.

DEFINICJE

§ 2

Ilećroć w niniejszych ogólnych warunkach, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

1. **koszty rehabilitacji** – niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty prowadzonego pod kontrolą lekarza procesu leczniczego mającego na celu uzyskanie przez ubezpieczonego optymalnego poziomu funkcjonowania utraconych w wyniku nieszczęśliwego wypadku czynności uszkodzonego narządu lub narządów, realizowanego metodami kinezyterapii, fizykoterapii, farmakoterapii oraz koszty zaopatrzenia ortopedycznego z wyłączeniem kosztów protez ortopedycznych, o ile koszty te zostały poniesione przez ubezpieczonego w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku; za koszty rehabilitacji nie rozumie się kosztów badań wykonywanych w czasie leczenia,
2. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Allianz, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, lub zmarł, przy czym za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się chorób, nawet takich, które występują nagle, w szczególności wskutek zawału serca lub udaru mózgu; nieszczęśliwy wypadek może mieć miejsce na całym świecie,
3. **opinia lekarska** – rozpoznanie sporządzone na piśmie przez lekarza wskazanego przez Allianz, wydawane bez przeprowadzenia badania ubezpieczonego, na podstawie udostępnionej dokumentacji medycznej i dokumentacji ubezpieczeniowej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego,
4. **osoba bliska** – małżonek ubezpieczonego lub osoba pozostająca faktycznie we wspólnym pożyciu z ubezpieczonym, jego dzieci, pasierbowie, dzieci przysposobione albo przyjęte na wychowanie, rodzice, przysposabiający, rodzeństwo, ojczym, macocha, teściowie, dziadkowie, wnukowie, zięciowie i synowie,
5. **orzeczenie lekarskie** – rozpoznanie sporządzone na piśmie przez lekarza wskazanego przez Allianz, wydawane po przeprowadzeniu badania ubezpieczonego oraz przeanalizowaniu dokumentacji medycznej i dokumentacji ubezpieczeniowej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego,
6. **pobyt w szpitalu** – trwający nieprzerwanie, dłużej niż trzy dni, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku pobyt ubezpieczonego w szpitalu, w trakcie którego ubezpieczony poddał się leczeniu skutków nieszczęśliwego wypadku; w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala,
7. **przedsiębiorca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną lecz posiadająca zdolność prawną, która we własnym imieniu prowadzi działalność gospodarczą lub zawodową,
8. **reklamacja** – wystąpienie (w tym skarga i zażalenie) skierowane do Allianz przez ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Allianz,
9. **szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, w tym leczenia chirurgicznego; określenie to nie obejmuje domu opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum – także onkologicznego, ośrodka leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych i narkotykowych, ośrodków sanatoryjnych i wypoczynkowych, jak też oddziałów, ośrodków i szpitali rehabilitacyjnych,
10. **stan po spożyciu alkoholu** – stan powstały w wyniku wprowadzenia przez ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego stężenie we krwi wynosi powyżej 0,2‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³,
11. **trwała niezdolność do pracy** – powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku całkowita i trwała niezdolność ubezpieczonego do wykonywania działalności zarobkowej, przy czym działalność zarobkowa w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków oznacza działalność skierowaną na osiągnięcie przychodu, wykonywaną w szczególności na podstawie umowy o pracę lub innej umowy lub w ramach wolnego zawodu,
12. **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem i powstałe w ciągu dwunastu miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,
13. **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, a także przedsiębiorca, zawierający z Allianz umowę ubezpieczenia,
14. **ubezpieczony** – każda ze wskazanych w umowie ubezpieczenia osób fizycznych, na rzecz której jest zawierana umowa ubezpieczenia, w tym również ubezpieczający zawierający umowę ubezpieczenia na własną rzecz,
15. **uposażony** – osoba wskazana przez ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania, na zasadach opisanych w niniejszych ogólnych warunkach, świadczenia przewidzianego w razie śmierci ubezpieczonego,
16. **wyczynowe uprawianie sportu** – niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach lub treningach przygotowujących do zawodów,
17. **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - 1) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy,
 - lub
 - 2) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy,
 - lub
 - 3) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych,
18. **zdarzenia ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Allianz, objęte zakresem ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia: śmierć ubezpieczonego, trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego, trwały częściowy uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego, trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego, pobyt ubezpieczonego w szpitalu, rehabilitacja ubezpieczonego, leczenie ubezpieczonego, operacja plastyczna ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są trwałe następstwa nieszczęśliwych wypadków.
2. Odpowiedzialnością Allianz objęte są następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego:
 - 1) śmierć ubezpieczonego (klauzula I),
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego:
 - a) z systemem świadczeń proporcjonalnych (klauzula II),
 - b) z systemem świadczeń progresywnych (klauzula III).
3. Odpowiedzialnością Allianz, pod warunkiem, że ubezpieczeniem objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w ust. 2 pkt 1 i 2 lit. a albo b, mogą zostać objęte również następujące zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego:

- 1) trwały częściowy uszczerbek na zdrowiu, obejmujący uszkodzenia ciała wskazane w Tabeli świadczeń nr 1 zamieszczonej w załączniku do niniejszych warunków ogólnych (klauzula IV),
 - 2) trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego (klauzula V),
 - 3) pobyt ubezpieczonego w szpitalu (klauzula VI),
 - 4) koszty rehabilitacji ubezpieczonego (klauzula VII),
 - 5) koszty leczenia ubezpieczonego (klauzula VIII),
 - 6) koszty operacji plastycznych (klauzula IX)
4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia określa umowa ubezpieczenia.
 5. Szczegółowe zasady wypłaty świadczeń przez Allianz w razie zaistnienia zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ustępach poprzedzających, określone są w Klauzulach stanowiących załącznik do niniejszych ogólnych warunków.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowę zawiera się na podstawie pisemnego wniosku ubezpieczającego.
2. Allianz może zażądać uzupełnienia wniosku o ankietę medyczną.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4, umowa może zostać zawarta na rzecz osoby, która w momencie jej zawierania ukończyła 1 rok i nie ukończyła 70 lat.
4. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na rzecz dwóch osób pod warunkiem, że osoby te w chwili zawierania umowy ubezpieczenia pozostają w związku małżeńskim lub w faktycznym wspólnym pożyciu.
5. Allianz zastrzega sobie prawo odmowy zawarcia umowy po przeanalizowaniu wniosku ubezpieczającego.
6. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w formie pisemnej pomiędzy ubezpieczającym i Allianz z chwilą złożenia zgodnych oświadczeń woli. Allianz potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.
7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 12 miesięcy (okres ubezpieczenia). Okres ubezpieczenia wskazywany jest w umowie ubezpieczenia.

§ 5

1. Ubezpieczający, będący przedsiębiorcą, może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia, natomiast pozostali ubezpieczający – w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia Allianz nie poinformuje ubezpieczającego, będącego konsumentem, o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, wówczas termin 30 dni o którym mowa w ust. 1, biegnie od dnia, w którym ubezpieczający, będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, jeżeli składka lub jej rata nie zostanie zapłacona w terminie, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania. W wezwaniu powinny być podane do wiadomości ubezpieczającego skutki nieopłacenia składki lub jej raty. Umowa ubezpieczenia wygasa wraz z wygaśnięciem odpowiedzialności Allianz na skutek nieopłacenia kolejnej raty składki, tj. w przypadku opisanym w § 8 ust. 2 pkt 3.
5. Wypowiedzenie lub odstąpienie od umowy nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym udzielana była ochrona ubezpieczeniowa.
6. W razie odstąpienia od umowy lub jej wypowiedzenia, Allianz dokona zwrotu składki proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

§ 6

1. Sumy ubezpieczenia z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w § 3 ust. 2 i 3 wskazane są w umowie ubezpieczenia.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, odpowiedzialność Allianz z tytułu zajścia każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w § 3 ust. 2 i 3 ograniczona jest do zapłaty świadczenia w wysokości nie wyższej niż wskazana w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia z tytułu zajścia tego zdarzenia.
3. Jeżeli w okresie odpowiedzialności Allianz zajdzie więcej niż jedno zdarzenie ubezpieczeniowe danego rodzaju, łączna wysokość świadczeń za wszystkie te zdarzenia nie może być wyższa niż określona dla tego rodzaju zdarzenia suma ubezpieczenia.

§ 7

1. Składkę oblicza się na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, rodzaju działalności zarobkowej (zawodu) wykonywanej przez ubezpieczonego, systemu świad-

czeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, liczby ubezpieczonych oraz dyscypliny sportu uprawianej wyczynowo przez ubezpieczonego.

2. O ile strony nie stanowią inaczej, na wniosek ubezpieczającego składka może zostać opłacona w dwóch ratach. W takim przypadku pierwsza rata składki płatna jest za pierwszą połowę okresu ubezpieczenia, druga – za drugą połowę. Wysokość rat składki wskazywana jest w umowie ubezpieczenia. Składka ulega podwyższeniu, jeżeli ubezpieczający dokonuje płatności składki w ratach.
3. Składka lub jej rata powinna być opłacona przelewem na rachunek bankowy Allianz, przekazem pocztowym lub w inny sposób uzgodniony z Allianz. Jeżeli zapłata składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień uznania właściwego rachunku Allianz.
4. Ubezpieczający obowiązany jest zapłacić składkę lub jej pierwszą ratę najpóźniej w dniu zawarcia umowy.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

1. Odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w dniu wskazanym w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
2. Odpowiedzialność Allianz kończy się z chwilą:
 - 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 2) upływu okresu ubezpieczenia,
 - 3) w razie niezapłacenia kolejnej raty składki – w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania do zapłaty tej raty składki, które zostanie przekazane ubezpieczającemu w dowolnej formie po upływie terminu zapłaty tej raty,
 - 4) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości równej sumie wskazanych w umowie ubezpieczenia sum ubezpieczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w § 3 ust. 2 pkt. 2 i ust. 3,
 - 5) w stosunku do danego ubezpieczonego – z chwilą jego śmierci.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 9

1. Ubezpieczający, a w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej również ubezpieczony, obowiązany jest udzielić zgodnych z prawdą i jego najlepszą wiedzą odpowiedzi na wszystkie pytania zamieszczone we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub skierowane do niego na piśmie przez Allianz przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony udzielił odpowiedzi niezgodnych z prawdą Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązku podania wymienionych informacji doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, które nie zostały wskazane pomimo obowiązku, o którym mowa w zdaniu poprzednim.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, ubezpieczający jest zobowiązany przekazać osobie zainteresowanej warunki umowy ubezpieczenia, w szczególności niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wraz z informacją o postanowieniach wzorca umownego, przed przystąpieniem tej osoby do umowy ubezpieczenia, na piśmie lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, w innym trwałym nośniku, rozumianym jako materiał lub urządzenie umożliwiający konsumentowi lub przedsiębiorcy w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci.
3. W czasie trwania umowy ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać na piśmie do Allianz zmiany danych podanych we wniosku o ubezpieczenie.
4. W czasie trwania umowy ubezpieczający lub ubezpieczony obowiązani są do niezwłocznego poinformowania Allianz o:
 - 1) rozpoczęciu wykonywania przez ubezpieczonego działalności zarobkowej (zawodu), jej zmianie lub rozpoczęciu wykonywania dodatkowej działalności zarobkowej (zawodu),
 - 2) rozpoczęciu wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.
5. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku poddając się niezwłocznie opiece lekarskiej oraz wypełniając zalecenia lekarza,
 - 2) niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 14 dni, powiadomić Allianz o zajściu nieszczęśliwego wypadku, a gdyby zachowanie tego terminu było niemożliwe – w ciągu 7 dni od daty ustania przyczyny uniemożliwiającej powiadomienie w terminie.
6. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy.

7. W razie niedopełnienia przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego któregośkolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 3, 4 lub 5 pkt 1, jeśli miało to wpływ na ustalenie przyczyny lub rozmiaru szkody, Allianz może odmówić wypłaty świadczenia w całości lub w części. Jeżeli ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełni obowiązku określonego w ust. 5 pkt 2 Allianz może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Allianz ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
8. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, każda ze stron umowy ubezpieczenia może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

USTALANIE ŚWIADCZEŃ **§ 10**

1. Rodzaj i wysokość świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wskazanym w § 3 ust. 2 i 3 niniejszych ogólnych warunków zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym odpowiedzialnością Allianz.
2. Przedłożone Allianz orzeczenia, zaświadczenia, wyniki badań, faktury/rachunki dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o zapłatę świadczenia ubezpieczeniowego nie mają charakteru wyłącznie wiążącego i mogą podlegać weryfikacji. W szczególności, w celu potwierdzenia stanu zdrowia ubezpieczonego, dochodzącego zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego Allianz może zażądać od niego poddania się badaniom diagnostycznym i lekarskim, które wykonane zostaną przez lekarza wskazanego przez Allianz, na koszt Allianz.
3. Zasadność i wysokość świadczeń z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych ustala się na podstawie właściwych postanowień zawartych w Klauzulach stanowiących załącznik do niniejszych ogólnych warunków.
4. Rodzaj działalności zarobkowej (zawodu) wykonywanej przez ubezpieczonego nie ma wpływu na ustalenie wysokości świadczeń.

TRYB DOCHODZENIA ROSZCZEŃ **§ 11**

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Allianz i wysokości świadczenia.
2. W terminie 7 dni po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym Allianz pisemnie lub w innej formie poinformuje ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumenty są potrzebne do wypłaty świadczenia. Allianz zastrzega sobie prawo żądania dokumentacji uzupełniającej, jeżeli na podstawie otrzymanych informacji nie będzie możliwa jednoznaczna ocena zaistniałej sytuacji.
3. Na podstawie przedłożonych dokumentów oraz zebranych informacji Allianz przekaze ubezpieczonemu lub innej osobie zgłaszającej roszczenie stanowisko dotyczące swojej odpowiedzialności, a w razie uznania roszczenia, również wysokości przyznanego świadczenia.
4. Allianz zobowiązany jest do dokonania wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz okaże się niemożliwe w tym terminie, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Allianz zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
6. Od decyzji odmownej osobie zgłaszającej roszczenie przysługuje możliwość odwołania się do sądu powszechnego wskazanego w § 16.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA **§ 12**

1. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Świadczenie wypłacane jest przelewem na rachunek bankowy uprawnionego do otrzymania danego świadczenia lub w inny sposób uzgodniony z Allianz.
3. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłacane jest uposażonym w częściach określonych przez ubezpieczonego. Jeżeli ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a nie określił ich udziałów w świadczeniu, uważa się że udziały te są równe.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI **§ 13**

1. Z odpowiedzialności Allianz wyłączone są nieszczęśliwe wypadki oraz ich następstwa powstałe:
 - 1) w związku z zażyciem przez ubezpieczonego leków nie zaleconych przez lekarza, przebywaniem przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy lub wskutek zaburzeń świadomości u ubezpieczonego, o ile miało to wpływ na powstanie nieszczęśliwego wypadku; jeżeli zażycie przez ubezpieczonego leków nie zaleconych przez lekarza, przebywanie przez niego w stanie po spożyciu alkoholu, zażycie narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy bądź zaburzenia świadomości miały wpływ na rozmiar szkody, Allianz może odpowiednio zmniejszyć wysokość świadczenia,
 - 2) w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczonego samobójstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała,
 - 3) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, bez wymaganych uprawnień,
 - 4) w wyniku nieskorzystania przez ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich; w przypadku szkody powstałej wskutek rażącego niedbalstwa, Allianz nie jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli zapłata odszkodowania w danych okolicznościach odpowiada względem słuszności,
 - 5) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że było to leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem:
 - a) gdy ubezpieczony przebywał jako pasażer lub członek załogi na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - b) gdy ubezpieczony należał do personelu medycznego opiekującego się chorym w trakcie transportu,
 - c) gdy ubezpieczony był przewożony jako chory do lub z placówki medycznej, która jest odpowiedzialna za leczenie,
 - 7) jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek,
 - 8) w wyniku świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że udział ubezpieczonego w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 9) jako wynik wyczynowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego, chyba że została opłacona dodatkowa składka z tytułu wyczynowego uprawiania sportu,
 - 10) jako wynik zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego,
 - 11) jako wynik udziału ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia przez które rozumie się: narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo, gdy dyscypliny te uprawiane są poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi, rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowo-wodne, wyścigi konne, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego.

2. W tym samym czasie dana osoba może być objęta ochroną wyłącznie na podstawie jednej umowy ubezpieczenia zawartej na jej rzecz na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia. W razie zawarcia kilku umów ubezpieczenia na rzecz jednej osoby, odpowiedzialność Allianz z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które miały miejsce w okresie równocześnie udzielanej z tytułu tych umów ochrony ubezpieczeniowej danemu ubezpieczonemu, ograniczona jest do zobowiązania zapłaty świadczeń ubezpieczeniowych wyłącznie na podstawie jednej umowy wskazanej przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia. Składka ubezpieczeniowa zapłacona z tytułu pozostałych umów podlega zwrotowi.

OŚWIADCZENIA WOLI § 14

1. Oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia przewidziane w niniejszych ogólnych warunkach i składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej. Niniejsze postanowienie nie dotyczy postępowania reklamacyjnego, które uregulowane jest w § 16 Reklamacje.

Korespondencję Allianz przesyła na ostatni znany jej adres ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego i innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia. W przypadku zmiany adresu ubezpieczający zobowiązany jest poinformować o tym fakcie Allianz.

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY § 15

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. Powództwo o roszczenie z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia

REKLAMACJE § 16

1. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Allianz lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Allianz.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w Allianz lub w jednostce Allianz obsługującej jego klientów albo przesyłką pocztową, w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe,
 - 2) ustnie – telefonicznie dzwoniąc pod numer 224 224 224 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w Allianz lub jednostce Allianz obsługującej jego klientów,
 - 3) w formie elektronicznej – z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres: skargi@allianz.pl.
3. O sposobie rozpatrzenia reklamacji powiadomimy osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych (Dz. U. z 2011 roku Nr 199, poz. 1175)). Odpowiedź tę możemy dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek zgłaszającego reklamację.
4. Rozpatrzymy złożoną reklamację i udzielimy odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w § 16 ust. 4, wyjaśnimy, w informacji przekazywanej osobie zgłaszającej reklamację, przyczynę opóźnienia, wskażemy okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. Osoba zgłaszająca reklamację jest uprawniona do złożenia odwołania od decyzji Allianz dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia § 16 ust. 1-5.
7. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział

w postępowaniu jest dla Allianz obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

8. Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
9. Konsumentowi przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
10. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w §16 ust. 7-9 regulują właściwe przepisy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 17

1. Allianz jest administratorem danych gromadzonych w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Dane osobowe będą przetwarzane w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia, na podstawie zgody osoby, której dotyczą lub przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej lub prawnie uzasadnionego interesu zakładu ubezpieczeń. W sytuacji, w której dane osobowe przetwarzane są na podstawie zgody, osobie której dane dotyczą przysługuje prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
2. Dane osobowe Allianz zbiera od osoby, której dotyczą poprzez formularze wniosków ubezpieczeniowych, formularze zmiany danych, formularze zgłoszenia roszczenia oraz inne dokumenty związane z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia. Jedną z metod przetwarzania danych osobowych przez zakład ubezpieczeń jest profilowanie. Profilowanie jest formą automatycznego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych do doboru produktów ubezpieczeniowych albo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dane osobowe:
 - 1) mogą zostać przekazane w szczególności następującym odbiorcom danych: innym ubezpieczycielom i reasekuratorom w zakresie i celu wynikającym z zawartych umów ubezpieczenia;
 - 2) mogą zostać uzyskane np. od: innych ubezpieczycieli, na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub rozpatrywaniem roszczenia.
4. Dane osobowe będą przetwarzane do czasu zakończenia przedawnienia roszczeń wynikających z umowy ubezpieczenia oraz przez okres wynikający z przepisów ustawy o rachunkowości.
5. Dane osobowe będą udostępniane innym podmiotom w celach marketingowych tylko w przypadku udzielenia takiej zgody.
6. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do uzyskania informacji o treści przetwarzanych danych oraz prawo ich poprawiania i usunięcia o ile jest to zgodne z obowiązującymi przepisami prawa lub też ograniczenia ich przetwarzania w celach marketingowych, poprzez kontakt telefoniczny lub mailowy wskazany na stronie internetowej www.allianz.pl.
7. W porozumieniu z ubezpieczającym, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od określonych w niniejszych ogólnych warunkach. Postanowienia powyższe powinny być sporządzone na piśmie pod rygorem nieważności.
8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 38 z 20 kwietnia 2022 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 1 czerwca 2022 r.

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW MOJE BEZPIECZEŃSTWO PRESTIŻ

KLAUZULA I ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

W razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia tego wypadku, Allianz zobowiązany jest do zapłaty wskazanej w umowie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.

KLAUZULA II TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU (USZCZERBKI NA ZDROWIU WSKAZANE W „TABELACH PROCENTOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU”) – SYSTEM ŚWIADCZEŃ PROPORCJONALNYCH

1. W razie wystąpienia w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek

nieszczęśliwego wypadku, Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w umowie ubezpieczenia oraz wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

- Oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Allianz na podstawie „Tabel procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku” obowiązujących w Allianz, dostępnych w siedzibie Allianz oraz na stronie internetowej Allianz.
- Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalany niezwłocznie po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji, nie później jednak niż 24 miesiące od daty wypadku. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
- Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu, lecz nie więcej niż suma ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazana w umowie ubezpieczenia.
- W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, których czynności przed wypadkiem objętym umową ubezpieczenia były już upośledzone, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed wypadkiem.
- Jeżeli, zgodnie z opinią lekarza wyznaczonego przez Allianz, okres leczenia będzie dłuższy niż 12 miesięcy, ubezpieczony po upływie 6 miesięcy leczenia może złożyć wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, które zgodnie z przewidywaniami Allianz należne będzie po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywana wysokość świadczenia, należnego po całkowitym zakończeniu leczenia ubezpieczonego, określana jest na podstawie przedstawionych dokumentów oraz ustaleń lekarza wskazanego przez Allianz.

KLAUZULA III

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU (USZCZERBKI NA ZDROWIU WSKAZANE W „TABELACH PROCENTOWEGO USZCZERBKA NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU”) – SYSTEM ŚWIADCZEŃ PROGRESYWNYCH

- W razie wystąpienia w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku, Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w umowie ubezpieczenia, wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego oraz wskaźnika progresji. Wysokość wskaźnika progresji zależy od wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu i wynosi odpowiednio:
 - 1,0 – dla uszczerbków na zdrowiu nie większych niż 25%;
 - 1,5 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 25% do 45%;
 - 2,0 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 45% do 65%;
 - 2,5 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 65% do 85%;
 - 3,0 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 85% do 100%.
- Oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Allianz na podstawie „Tabel procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku” obowiązujących w Allianz, dostępnych w siedzibie Allianz oraz na stronie internetowej Allianz.
- Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalany niezwłocznie po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji, nie później jednak niż 24 miesiące od daty wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
- Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu, lecz nie więcej niż 3-krotność sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w umowie ubezpieczenia.
- W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, których czynności przed wypadkiem objętym umową ubezpieczenia były już upośledzone, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed wypadkiem.
- Jeżeli, zgodnie z opinią lekarza wyznaczonego przez Allianz, okres leczenia będzie dłuższy niż 12 miesięcy, ubezpieczony po upływie 6 miesięcy leczenia może złożyć wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, które zgodnie z przewidywaniami Allianz należne będzie po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywana wysokość świadczenia należna po całkowitym zakończeniu leczenia ubezpieczonego, określana jest na podstawie przedstawionych dokumentów oraz ustaleń lekarza wskazanego przez Allianz.

KLAUZULA IV TRWAŁY CZĘŚCIOWY USZCZERBEK NA ZDROWIU

- W razie wystąpienia trwałego częściowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, wymienionego w Tabeli nr 1, w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia tego wypadku, Allianz zobowiązana jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn wskazanej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego częściowego uszczerbku na zdrowiu oraz wskaźnika procentowego ustalonego dla danego rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli nr 1.

Tabela świadczeń nr 1

I Głowa		Wskaźnik procentowy trwałego uszczerbku na zdrowiu
1	amputacja nosa	30%
2	amputacja małżowiny usznej	20%
II Układ nerwowy		
3	porażenie połowiczne utrwalone lub porażenie kończyn dolnych	100%
4	niedowład połowiczny utrwalone lub niedowład kończyn dolnych z afazją	70%
5	niedowład jednej kończyny	40%
6	ciężkie nieuleczalne zaburzenia psychiczne wymagające opieki osób trzecich, (potwierdzone leczeniem szpitalnym psychiatrycznym)	100%
7	encefalopatia pourazowa z obecnością padaczki, padaczka z częstymi napadami bez zmian otępiennych lub padaczka z rzadkimi napadami i zespołem otępiennym, zespoły zaburzeń równowagi utrudniające w dużym stopniu chodzenie, zespoły pozapiramidowe utrudniające sprawność chorego z zaburzeniami mowy lub napadami ocznymi	70%
III Narząd wzroku		
8	całkowita ślepota obu oczu	100%
9	całkowita ślepota jednego oka lub wyluszczenie gałki ocznej	38%
IV Narząd słuchu		
10	głuchota całkowita	50%
11	głuchota całkowita jednego ucha	20%
V Klatka piersiowa, jama brzuszna		
12	utrata płuca	40%
13	utrata jednej nerki	35%
14	utrata przącia	40%
15	utrata pochwy i macicy	30%
16	uszkodzenie pęcherza	20%
17	utrata segmentu wątroby	20%
18	utrata płata wątroby	50%
19	utrata śledziony	20%
20	utrata trzustki	50%
VI Kręgosłup		
21	porażenie czterech kończyn – utrwalone	100%
22	porażenie dwóch kończyn górnych lub dwóch dolnych – utrwalone	90%
23	utrwalone niedowład czterokończynowy lub dwóch kończyn górnych lub dwóch kończyn dolnych	80%
24	zespół stożka końcowego rdzenia	40%
VII Kończyna dolna		
25	amputacja w obrębie biodra	85%
26	amputacja w obrębie uda	70%
27	amputacja w obrębie stawu kolanowego	65%
28	amputacja w obrębie podudzia	60%

29	amputacja całej stopy	50%
30	amputacja w obrębie śródstopia	25%
31	amputacja palucha	12%
32	amputacja palców II-V, za każdy palec	2%
33	skrócenie kończyny powyżej 5 cm	30%
VIII Kończyna górna		
34	amputacja kończyny w obrębie barku	75%
35	amputacja kończyny w obrębie ramienia	70%
36	amputacja kończyny w stawie łokciowym	65%
37	amputacja kończyny w obrębie przedramienia	60%
38	amputacja kończyny w obrębie nadgarstka	55%
39	amputacja kciuka	40%
40	amputacja palca wskazującego	18%
41	amputacja palców III-V, za każdy palec	8%
42	amputacja lub uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie może przekraczać	55%

- Oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Allianz na podstawie Tabeli nr 1. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj uszczerbku opisanego w Tabeli nr 1, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj uszczerbku, która jednak nie może być większa niż wskazana w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia z tytułu trwałego częściowego uszczerbku na zdrowiu.
- W razie utraty lub uszkodzenia narządu albo układu, którego czynności przed wypadkiem objętym umową ubezpieczenia były już upośledzone, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed wypadkiem.
- Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalany niezwłocznie po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji, nie później jednak niż 24 miesiące od daty wypadku. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.

KLAUZULA V TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

W razie powstania wskutek nieszczęśliwego wypadku trwałej niezdolności do pracy ubezpieczonego Allianz zobowiązany jest do zapłaty wskazanej w umowie sumy ubezpieczenia z tytułu trwałej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem, że do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązuje Allianz taka niezdolność do pracy ubezpieczonego, która powstała w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, trwa nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy od jej powstania, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny. Oceny stopnia niezdolności do pracy dokonują lekarze wskazani przez Allianz.

KLAUZULA VI POBYT W SZPITALU

- Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczony przebywał w szpitalu dłużej niż 3 dni, Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość dziennego świadczenia ustalana jest jako iloraz sumy ubezpieczenia i 364 dni (52 tygodnie). Wysokość przysługującego świadczenia stanowi iloczyn dziennego świadczenia i liczby dni, które ubezpieczony spędził w szpitalu. Jeżeli kolejne pobyty ubezpieczonego w szpitalu oddziela okres co najmniej 12 miesięcy, uważa się, że pobyt w szpitalu, który nastąpił po upływie 12 miesięcy od poprzedniego pobytu w szpitalu, nie był spowodowany tym samym nieszczęśliwym wypadkiem.

- Dzienne świadczenie szpitalne przysługuje ubezpieczonemu od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, o ile pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Dzielne świadczenie szpitalne wypłacane jest za okres nie dłuższy niż 364 dni (52 tygodnie).
- Dzielne świadczenie szpitalne wypłacane jest po zakończeniu leczenia szpitalnego, ale na pisemny wniosek ubezpieczonego, Allianz może podjąć decyzję o wypłacie części świadczenia w terminie wcześniejszym.

KLAUZULA VII KOSZTY REHABILITACJI

- Allianz zobowiązany jest do zwrotu następujących kosztów rehabilitacji, poniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego:
 - zabiegów rehabilitacyjnych realizowanych metodami kinezyterapii, fizykoterapii, farmakoterapii,
 - zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, z wyłączeniem kosztów protez ortopedycznych.
- Allianz zobowiązany jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej równowartość poniesionych kosztów rehabilitacji, na podstawie dostarczonych rachunków, do wysokości 20% wskazanej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, pod warunkiem, że koszty:
 - dotyczą rehabilitacji zalecanej przez lekarza i stanowiącej integralną część leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - poniesione zostały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.

KLAUZULA VIII KOSZTY LECZENIA

- Allianz zobowiązany jest do zwrotu następujących kosztów leczenia, które zostały poniesione na leczenie skutków nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego:
 - koszty wizyt lekarskich, leczenia ambulatoryjnego,
 - koszty pobytu w szpitalu, badań, zabiegów i operacji, z wyłączeniem operacji plastycznych,
 - koszty znieczulenia (w tym koszty podania znieczulenia), wykonania badania rentgenowskiego, koszty badań laboratoryjnych i diagnostycznych,
 - koszty wezwania karetki pogotowia lub przewozu ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium,
 - koszty nabycia leków i środków opatrunkowych niezbędnych z medycznego punktu widzenia.
- Koszty o których mowa w ust. 1. zostaną zwrócone pod warunkiem poniesienia ich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż dwadzieścia cztery miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku. Zwrot kosztów leczenia następuje na podstawie dokumentacji lekarskiej i faktur/rachunków, do wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia z tytułu kosztów leczenia.

KLAUZULA IX KOSZTY OPERACJI PLASTYCZNYCH

- Allianz zobowiązany jest do zwrotu kosztów operacji plastycznej w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń powierzchni ciała ubezpieczonego będących następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- Zwrot kosztów operacji plastycznej następuje na podstawie dostarczonych rachunków, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu kosztów operacji plastycznych, pod warunkiem, że koszty poniesione zostały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż dwadzieścia cztery miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.