Allianz

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ

Leczenie w szpitalu

224 224 224 allianz.pl

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – LECZENIE W SZPITALU (OWU/PWSR/2/2024)

Poniższa tabela wskazuje informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Pojęcia zdefiniowane w tych warunkach ubezpieczenia, mają znaczenie nadane im w tych warunkach ubezpieczenia. Ilekroć w tabeli poniżej wskazujemy na postanowienie, w którego treści odwołujemy się do pojęć zdefiniowanych w § 1 warunków ubezpieczenia (pojęcia zdefiniowane są wyróżnione w treści warunków ubezpieczenia pogrubionym drukiem), to każdorazowo dane postanowienie należy odczytywać łącznie z brzmieniem definicji pojęcia mającego zastosowanie w danym postanowieniu.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 3 pkt 1), 3); § 2 ust. 4 pkt 1); § 2 ust. 5 pkt 1) i 2); § 13; § 14 ust. 2-3 z uwzględnieniem definicji z § 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3 pkt 2), 4), 5); § 2 ust. 4 pkt 2) i 3); § 2 ust. 5 pkt 2) i 3); § 3; § 11 ust. 4; § 14 ust. 9-10 z uwzględnieniem definicji z § 1
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	W przypadku, gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan pełnej ochrony – nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka). W przypadku, gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan na dziś i jutro: § 9 ust. 1, 2, 4-6 z uwzględnieniem postanowień ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe § 11 ust. 1 z uwzględnieniem postanowień ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe

ZYTER4PWSR-O01 01/24

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

Na podstawie tych warunków ubezpieczenia, zawierasz z nami, czyli z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółką Akcyjną, umowę dodatkową – Leczenie w szpitalu. Nazywamy ją w dalszej części warunków ubezpieczenia **umową dodatkową**.

W TYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

- pojęć używanych przez nas, czyli definicji,
- zakresu ubezpieczenia (co obejmuje i czego nie obejmuje ubezpieczenie),
- najważniejszych elementów **umowy dodatkowej**,
- obowiązków **Ubezpieczającego** oraz **Ubezpieczonych**,
- procesu wypłaty świadczeń.

Prosimy o zapoznanie się z rozdziałem „Definicje", w którym wyjaśniamy pojęcia używane w tych warunkach ubezpieczenia. Jeśli definiujemy jakieś pojęcie, używając go w tych warunkach ubezpieczenia, zawsze rozumiemy je zgodnie z tym, co opisaliśmy w rozdziale „Definicje". Pojęcia zdefiniowane zostały wyróżnione w treści warunków ubezpieczenia pogrubionym drukiem.

Gdy piszemy **Ty** lub **Ubezpieczający**, mamy na myśli osobę, która zawiera **umowę dodatkową** i jest odpowiedzialna za opłacanie składki.

Gdy piszemy **Ubezpieczony**, mamy na myśli osobę, którą chronimy na podstawie zawartej **umowy dodatkowej**.

Gdy piszemy **my** lub **Allianz**, mamy na myśli Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółkę Akcyjną.

Gdy piszemy **umowa główna**, mamy na myśli zawartą z nami umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie, do której możesz zawrzeć tę **umowę dodatkową**.

Gdy piszemy **OWU**, mamy na myśli warunki ubezpieczenia **umowy głównej**.

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

DEFINICJE

W tym rozdziale wyjaśniamy pojęcia, których używamy w tych warunkach ubezpieczenia, zawartej na ich podstawie umowie dodatkowej oraz w pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy dodatkowej.

§ 1. DEFINICJE

POJĘCIE	JAK JE ROZUMIEMY
1) akt przemocy	bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiekolwiek dobro chronione prawem, za **akt przemocy** nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności.
2) akt terroru	nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
3) akty stanu wojennego lub działania wojenne	ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
4) centrum operacyjne	AWP P&C S.A., Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Konstruktorska 12, podmiot zajmujący się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów **świadczenia sanatoryjnego**.
5) choroba	reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
6) działanie pod wpływem alkoholu	działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm^3.
7) dzień pobytu w szpitalu	dzień kalendarzowy, w którym **Ubezpieczony** przebywał w **szpitalu** w celu poddania się leczeniu szpitalnemu w warunkach stacjonarnych, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji w **szpitalu**, a za ostatni dzień wypisu ze **szpitala**, niezależnie od tego ile czasu w pierwszym i ostatnim dniu trwał pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu**.
8) karencja	okres, w którym nasza odpowiedzialność z tytułu zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** wskazanego w **umowie dodatkowej** jest wyłączona, bądź ograniczona; okres karencji uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki.
9) lekarz uprawniony	lekarz wskazany przez nas i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej, do weryfikacji stanu zdrowia na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, oraz do przeprowadzania badań lekarskich, udzielania konsultacji i przygotowywania opinii lekarskich.
10) lekarz prowadzący	lekarz, który prowadzi leczenie **Ubezpieczonego**, niebędący członkiem rodziny **Ubezpieczonego** ani **lekarzem uprawnionym**.
11) licencjonowane linie lotnicze	przewoźnik lotniczy uprawniony do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów na podstawie koncesji lub na podstawie aktu właściwego organu obcego państwa.
12) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy głównej**, a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
13) polisa	dokument potwierdzający zawarcie **umowy ubezpieczenia**.
14) rocznica polisy	każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy głównej**, a gdyby takiego dnia w danym roku nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy głównej**.
15) rok polisowy	okres rozpoczynający się w dacie rozpoczęcia ochrony z tytułu **umowy głównej** a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym pierwszą **rocznicę polisy** oraz każdy okres rozpoczynający się w każdą kolejną **rocznicę polisy** (począwszy od pierwszej) a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym następną **rocznicę polisy**.
16) sanatorium	znajdujący się na terytorium Polski zakład leczniczy wykorzystujący walory klimatyczne, przyrodnicze i naturalne, zlokalizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony dla osób wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego.
17) siła wyższa	nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od **Ubezpieczonego** lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków.
18) szpital	zakład opieki zdrowotnej przeznaczony zgodnie z przepisami do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz świadczenia przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za **szpital** w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska, ośrodka pomocy społecznej, domu opieki, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjum.
19) świadczenie dzienne	kwota, którą wypłacamy jako świadczenie, za każdy dzień leczenia **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, z zastrzeżeniem postanowień tych warunków **umowy dodatkowej**.
20) świadczenie rekonwalescencyjne	kwota odpowiadająca równowartości pięciu **świadczeń dziennych**, którą wypłacimy jednorazowo jako świadczenie, za leczenie w **szpitalu Ubezpieczonego**, które trwało nieprzerwanie co najmniej 14 dni, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych warunków **umowy dodatkowej**. W przypadku jednego leczenia w **szpitalu** przysługuje wyłącznie jedno **świadczenie rekonwalescencyjne**.
21) świadczenie sanatoryjne	organizacja i pokrycie kosztów pobytu **Ubezpieczonego** w **sanatorium**, z zastrzeżeniem postanowień tych warunków **umowy dodatkowej**.
22) Ubezpieczone dziecko	dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, którego zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu **umowy dodatkowej**, oraz które w momencie objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach **umowy dodatkowej** nie ukończyło 25 roku życia, będące również **Ubezpieczonym**.
23) umowa ubezpieczenia	**umowa główna** wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do **umowy głównej**.
24) wada wrodzona	nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Q00-Q99).
25) wypadek	gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria: a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia **Ubezpieczonego**, b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia (przy czym za przyczynę zewnętrzną w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uznaje się stresu lub przeżyć **Ubezpieczonego**), c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy dodatkowej**, d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością.
26) zamieszki	demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolenia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej.

27) zdarzenie ubezpieczeniowe	zdarzenie objęte ochroną z tytułu tej **umowy dodatkowej**, polegające na leczeniu w **szpitalu Ubezpieczonego**, przez czas określony w niniejszych warunkach **umowy dodatkowej**, jeżeli pobyt ten rozpoczął się w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy dodatkowej**. Ochroną objęty jest pobyt w **szpitalu Ubezpieczonego**, będący wynikiem **wypadku** lub **choroby**. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w przypadku **świadczenia sanatoryjnego** jest wyżej opisany pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który skutkował zaleceniem od **lekarza prowadzącego** leczenie przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej bądź skierowanie od tego lekarza na takie leczenie lub rehabilitację.

ZAKRES OCHRONY

W tym rozdziale przedstawiamy najważniejsze informacje o zakresie ochrony. Opisujemy tu, co obejmujemy i czego nie obejmujemy ochroną w ramach umowy dodatkowej.

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest: leczenie w **szpitalu**, **świadczenie rekonwalescencyjne** oraz **świadczenie sanatoryjne** na zasadach opisanych poniżej.
3. **Leczenie w szpitalu**
   1) Wypłacimy **Ubezpieczonemu świadczenie dzienne**, w przypadku pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie ochrony, w celu leczenia:
      a) **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie 4 dni lub
      b) doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał przez co najmniej 1 dzień.
   2) Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest łącznie do 180 dni pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**, które rozpoczęty się w tym okresie.
   3) Jeżeli leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu** trwało nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 **dni pobytu w szpitalu**.
   4) Dni objęte przepustką w trakcie leczenia **Ubezpieczonego** w **szpitalu** nie są wliczane do okresu leczenia w **szpitalu**, a **świadczenie dzienne** za te dni nie przysługuje.
   5) Jeżeli w tym samym dniu **Ubezpieczony** był pacjentem więcej niż jednego **szpitala**, przy ustaleniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
4. **Świadczenie rekonwalescencyjne**
   1) Wypłacimy jednorazowo kwotę odpowiadającą równowartości pięciu **świadczeń dziennych** jeżeli:
      a) leczenie w **szpitalu** zostało spowodowane **wypadkiem** lub **chorobą**, oraz
      b) trwało nieprzerwanie przez okres co najmniej 14 dni.
   2) Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego **świadczenia rekonwalescencyjnego** z tytułu tego samego leczenia w **szpitalu** trwającego ponad minimalny, wskazany wyżej okres.
   3) Dni objęte przepustką w trakcie leczenia **Ubezpieczonego** w **szpitalu** nie są wliczane do okresu leczenia w **szpitalu**.
5. **Świadczenie sanatoryjne**
   1) Zorganizujemy i pokryjemy koszty pobytu **Ubezpieczonego** w **sanatorium**, na zasadach określonych poniżej, jeśli **Ubezpieczony**:
      a) przebywał w **szpitalu** w celu leczenia związanego z **wypadkiem** lub **chorobą**
      b) leczenie w **szpitalu** trwało nieprzerwanie 4 dni w przypadku **choroby** lub 1 dzień w przypadku **wypadku** oraz
      c) otrzymał od **lekarza prowadzącego** leczenie pisemne zalecenie lub skierowanie na przeprowadzenie leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji w **sanatorium**.
   2) W ramach **świadczenia sanatoryjnego** organizujemy i pokrywamy koszty pobytu **Ubezpieczonego** w **sanatorium**: zakwaterowania, wyżywienia oraz zaleconych w **sanatorium** zabiegów do limitu 4000 złotych, który stanowi górną granicę naszej odpowiedzialności na jedno **świadczenie sanatoryjne**.
   3) Jeżeli **świadczenie sanatoryjne** przekroczy 4000 złotych, zrealizujemy je, jeśli **Ubezpieczający** wyrazi zgodę na pokrycie różnicy między faktycznymi kosztami za całość leczenia w **sanatorium** a limitem 4000 złotych.
   4) Koszt pobytu **Ubezpieczonego** w **sanatorium** jest ustalany każdorazowo na podstawie średnich cen usług obowiązujących na terenie danego województwa w okresie pobytu **Ubezpieczonego** w **sanatorium**. Zanim skorzystasz ze świadczenia, poinformujemy Cię o jego wartości oraz tym, jak wpłynie na łączny limit kosztów.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie wypłacimy świadczenia, a w przypadku **świadczenia sanatoryjnego** nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów, za **zdarzenie ubezpieczeniowe**, które powstało wskutek:
   a) działania **Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
   b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których **Ubezpieczony** był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**,
   c) popełnienia przez **Ubezpieczonego** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
   d) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy**, **aktach terroru** lub **zamieszkach**,
   e) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w następujących aktywnościach sportowych: nurkowanie, speleologia, górskie spływy wodne lub canyoning, skoki do wody poza basenem, wspinaczka górska, skałkowa lub lodowa, narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo lub snowboarding akrobatyczny, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping), lotniarstwo, baloniarstwo, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, skoki na linie, skoki spadochronowe, skoki powietrzne z wysokości, sporty motorowe lub motorowodne, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, sporty walki, wyścigi konne, wyprawy do obszarów podbiegunowych, buszu, dżungli, lodowców, wysokich gór powyżej 4000 m n.p.m., na pustynie, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running), żeglarstwo morskie lub oceaniczne,
   f) uprawiania dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki,
   g) uczestniczenia **Ubezpieczonego** w zawodach, jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów,
   h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
   i) poddania się przez **Ubezpieczonego** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza,
   j) zatrucia się przez **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**,
   k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez **Ubezpieczonego**, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek **wypadku**,
   l) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) **Ubezpieczonego**,
   m) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania **Ubezpieczonego** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
   n) prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**,

o) nieprzestrzegania przez **Ubezpieczonego** zaleceń lekarza.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeżeli leczenie w **szpitalu** było związane z:
   a) **wadami wrodzonymi** lub schorzeniami bezpośrednio związanymi z **wadami wrodzonymi Ubezpieczonego,**
   b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej u **Ubezpieczonego**, z wyłączeniem likwidacji skutków **wypadków**, zaistniałych w okresie udzielania ochrony z tytułu **umowy dodatkowej**,
   c) porodem lub połogiem lub niepowikłaną ciążą,
   d) zabiegiem operacyjnym cięcia cesarskiego, o ile konieczność przeprowadzenia zabiegu nie była spowodowana **wypadkiem**,
   e) rehabilitacją **Ubezpieczonego**, niezależnie od charakteru placówki, w którym było prowadzone to leczenie.
3. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za **leczenie w szpitalu Ubezpieczonego**, które rozpoczęło się w okresie 30 dni od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej**, chyba że **leczenie w szpitalu Ubezpieczonego** było wynikiem **wypadku**.

NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY DODATKOWEJ ORAZ PRAWA I OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z UMOWĄ DODATKOWĄ

W tej części piszemy, kto może być objęty ubezpieczeniem oraz jak zawrzeć umowę dodatkową. Dowiesz się tu również m.in. na jaki okres zawierasz umowę dodatkową, kiedy zaczyna i kończy się ochrona ubezpieczeniowa, jakie są prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego związane z umową dodatkową, jak obliczamy składkę oraz w jaki sposób przekazujemy informacje o warunkach umowy dodatkowej. Wyjaśniamy także jak odstąpić od umowy dodatkowej i jak ją wypowiedzieć.

§ 4. WIEK UBEZPIECZONEGO LUB UBEZPIECZONEGO DZIECKA

1. **Umowę dodatkową** możesz zawrzeć na własny rachunek lub na rachunek innego **Ubezpieczonego** (w tym również **Ubezpieczonego dziecka**) objętego ochroną z tytułu **umowy głównej**, o ile **umowa główna** przewiduje taka możliwość.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o objęcie jej ochroną w ramach **umowy dodatkowej** ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 65 lat, a w przypadku **Ubezpieczonego dziecka** nie ma ukończonych 25 lat.

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

1. **Umowę dodatkową** zawierasz na podstawie wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.
2. Możesz zawrzeć **umowę dodatkową** wraz z zawarciem **umowy głównej** lub w trakcie jej obowiązywania.
3. Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej** oraz na podstawie dołączonych do niego dokumentów, oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe, w wyniku czego możemy:
   a) zaakceptować Twój wniosek i zawrzeć **umowę dodatkową** na zaproponowanych przez Ciebie warunkach;
   b) odmówić zawarcia **umowy dodatkowej** ze względu na niezaakceptowanie ryzyka ubezpieczeniowego;
   c) zaproponować Ci zawarcie **umowy dodatkowej** na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ciebie wniosku.
4. Zawarcie **umowy dodatkowej** potwierdzimy poprzez wystawienie **polisy** lub aneksu do **polisy**.
5. Możemy prosić o dodatkowe informacje dotyczące stanu zdrowia **Ubezpieczonego** oraz inne informacje, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Możemy prosić, aby w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego **Ubezpieczony** poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
7. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną przez Ciebie ofertę doręczymy Ci **polisę** lub aneks do **polisy** zawierający postanowienia, które odbiegają na Twoją niekorzyść od treści złożonej oferty, jesteśmy zobowiązani zwrócić Ci na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu i wyznaczyć Ci co najmniej 7-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. Jeśli nie dopełnimy tego obowiązku, zmiany wprowadzone na Twoją niekorzyść nie są skuteczne, a **umowa dodatkowa** jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. Jeśli nie wniesiesz sprzeciwu **umowa dodatkowa** dochodzi do skutku zgodnie z treścią **polisy** lub aneksu do **polisy** następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
8. Jeżeli odmówimy zawarcia **umowy dodatkowej** lub wniesiesz sprzeciw, o którym mowa w ustępie powyżej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia **umowy dodatkowej** lub odpowiednio daty złożenia nam sprzeciwu.
9. Ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się nie wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym zapłacisz składkę z tytułu **umowy dodatkowej**.
10. Jeżeli zawrzesz **umowę dodatkową** w trakcie obowiązywania **umowy głównej** to ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** rozpocznie się w najbliższą **miesięcznicę polisy**, z zastrzeżeniem ust. 9.
11. Dzień rozpoczęcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej** potwierdzimy w **polisie** lub aneksie do **polisy**.

§ 6. CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ, JEJ ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE OCHRONY

1. **Umowę dodatkową** zawierasz z nami na okres 5 lat, chyba, że do zawarcia **umowy dodatkowej** dochodzi w dniu, który nie jest **rocznicą polisy**, wówczas trwa ona do najbliższej **rocznicy polisy** oraz przez 4 kolejne lata, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. **Umowa dodatkowa** ulega przedłużeniu na kolejny 5-letni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużaniu **umowy dodatkowej**, przy czym możesz złożyć nam takie oświadczenie przed upływem bieżącego okresu ubezpieczenia, zaś my możemy złożyć Ci je najpóźniej na miesiąc przed jego upływem.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a **umowa dodatkowa** ulega rozwiązaniu – w zależności od tego, które zdarzenie z wymienionych poniżej nastąpiło wcześniej:
   a) z upływem okresu, na który została zawarta, z zastrzeżeniem ust. 2,
   b) z chwilą śmierci **Ubezpieczonego**,
   c) z dniem **rocznicy polisy** bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem** 66 lat, a w przypadku **umowy dodatkowej** zawartej na rachunek **Ubezpieczonego dziecka** – z dniem **rocznicy polisy** bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczone dziecko** 26 lat,
   d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia **umowy głównej** (w przypadku rozwiązania **umowy głównej** wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu **umowy głównej**),
   e) z dniem poprzedzającym dzień przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile postanowienia **umowy głównej** przewidują takie rozwiązanie),
   f) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej – Ubezpieczenie na życie dziecka – o ile w ramach **umowy dodatkowej** objęte ochroną jest **Ubezpieczone dziecko**,
   g) z dniem odstąpienia przez Ciebie od **umowy dodatkowej**,
   h) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia **umowy dodatkowej**.

§ 7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz odstąpić od **umowy dodatkowej**, jeśli złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu w terminie 30 dni od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**. Jeżeli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy dodatkowej** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od umowy dodatkowej termin 30 dni na odstąpienie od **umowy dodatkowej** liczy się od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
2. Jeśli jako konsument zawrzesz **umowę dodatkową** na odległość, termin w którym możesz odstąpić od **umowy dodatkowej** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu **umowy dodatkowej** lub od dnia potwierdzenia tej informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy dodatkowej** zostało wysłane przed jego upływem.

3. W przypadku odstąpienia od **umowy dodatkowej**, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

§ 8. WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz wypowiedzieć **umowę dodatkową** w każdym czasie, jeśli złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu. **Umowa dodatkowa** ulega wówczas rozwiązaniu z dniem najbliższej **miesięcznicy polisy**.
2. W przypadku wypowiedzenia **umowy dodatkowej** zwrócimy Ci wpłaconą składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 7 dni od daty jej rozwiązania.

§ 9. SKŁADKA

1. Składkę z tytułu **umowy dodatkowej** ustalamy na podstawie obowiązującej taryfy składek, w zależności od wysokości **świadczenia dziennego**, wieku **Ubezpieczonego** oraz wyniku dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W wyliczeniu składki uwzględnia się okres **karencji**.
2. Jesteś zobowiązany do opłacania składki z tytułu **umowy dodatkowej** w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu **umowy głównej**.
3. Określone w **OWU** konsekwencje nieopłacenia składki z tytułu **umowy głównej** stosujemy również do składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
4. Wysokość składki w poszczególnych 5-letnich okresach trwania **umowy dodatkowej** jest stała, chyba że zdecydujesz się na indeksację **świadczenia dziennego**, o której mowa w § 10 tych warunków ubezpieczenia. W wyniku tego składka podwyższy się.
5. Możemy zaproponować Ci nową wysokość składki w każdym kolejnym 5-letnim okresie trwania **umowy dodatkowej**. W takiej sytuacji – najpóźniej na 30 dni przed upływem bieżącego okresu ochrony – doręczymy Ci propozycję zmiany wysokości składki w kolejnym okresie trwania **umowy dodatkowej**.
6. Możesz przyjąć naszą propozycję kontynuacji **umowy dodatkowej** oraz zmiany wysokości składki – wystarczy, że wpłacisz składkę w zaproponowanej przez nas wysokości.

§ 10. INDEKSACJA

1. Indeksacja polega na podwyższeniu o wskaźnik indeksacji **świadczenia dziennego**. Ma ona na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia. W wyniku indeksacji podwyższa się część składki z tytułu **umowy dodatkowej** należnej za to świadczenie.
2. O skorzystaniu z indeksacji możesz zdecydować w **rocznicę polisy**.
3. Przed **rocznicą polisy** możemy określić wskaźnik indeksacji i na jego podstawie zaproponować Ci nową wysokość **sumy ubezpieczenia** oraz składki z tytułu **umowy dodatkowej** uwzgledniającą świadczenie podlegające indeksacji.
4. Jako wskaźnik indeksacji przyjmiemy średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie dwunastu wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych (inflacji) dotyczących rocznych okresów kończących się w kolejnych miesiącach za miesiące od października poprzedniego roku do września danego roku włącznie, publikowanych przez uprawniony do tego urząd, jednak nie mniej niż 3%. W dniu wejścia w życie tych warunków ubezpieczenia urzędem uprawnionym do ogłaszania i publikowania wskaźników, o których piszemy wyżej, jest Główny Urząd Statystyczny. Gdy obliczamy średnią arytmetyczną stosujemy zaokrąglenie do dwóch miejsc po przecinku. Ustalony wskaźnik zastosujemy do indeksacji **sum ubezpieczenia** z umów, których **rocznica polisy** przypada w następnym roku kalendarzowym.
5. Możesz przyjąć przygotowaną przez nas propozycję indeksacji lub zrezygnować z niej.
6. Odmowa indeksacji wymaga złożenia przez Ciebie oświadczenia. Jeśli Twoje oświadczenie dotyczące propozycji indeksacji nie wpłynie do nas w terminie 30 dni od otrzymania propozycji indeksacji, będziemy to traktować jako przyjęcie proponowanej indeksacji.
7. Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne **lata polisowe**, to nie przygotujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji. W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz złożyć nam wniosek o przywrócenie otrzymywania propozycji indeksacji.
8. W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz także złożyć oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji. Oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji możesz też złożyć nam razem z wnioskiem o zawarcie **umowy dodatkowej**.
9. Nie zaproponujemy Ci indeksacji w **rocznicę polisy** przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe, o ile **umowa główna** przewiduje takie możliwości.

§ 11. ZMIANA WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA DZIENNEGO

1. Wysokość **świadczenia dziennego** możesz zmienić w każdą **miesięcznicę polisy**. Potrzebny jest do tego Twój wniosek, zgoda Ubezpieczonego oraz nasza akceptacja. Zmiana wysokości **świadczenia dziennego** powoduje zmianę wysokości składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
2. Z prawa do podwyższenia **świadczenia dziennego** w trakcie trwania **umowy dodatkowej** możesz skorzystać tylko wtedy, gdy w momencie złożenia wniosku od podwyższenie **świadczenia dziennego** wiek **Ubezpieczonego** nie przekracza 65 lat.
3. Przed podwyższeniem **świadczenia dziennego** możemy prosić o to, by Ubezpieczony:
   a) podał dodatkowe informacje dotyczące swojego stanu zdrowia oraz inne informacje, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lub w tym samym celu prosić aby
   b) poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
4. Jeśli w trakcie trwania **umowy dodatkowej** zdecydujesz się podwyższyć wysokość **świadczenia dziennego**, to zastosujemy **karencję**. **Karencja** polega na tym, że za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, które jest wynikiem **choroby** i rozpoczęło się w okresie 30 dni od daty podwyższenia **świadczenia dziennego**, wypłacimy niepodwyższone świadczenie.
5. Nie stosujemy **karencji** w przypadku **zdarzeń ubezpieczeniowych** będących wynikiem **wypadku**.

§ 12. OBOWIĄZKI INFORMACYJNE ORAZ ZASADY OBOWIĄZUJĄCE W UBEZPIECZENIU NA CUDZY RACHUNEK

1. Przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków **umowy dodatkowej** lub zmianę prawa właściwego dla **umowy dodatkowej** przekażemy **Ubezpieczającemu**, na piśmie lub – jeżeli wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu **umowy**.
2. Poinformujemy **Ubezpieczającego**, na piśmie lub – jeżeli wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu **umowy dodatkowej**, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania **umowy dodatkowej**. Po raz pierwszy informacje te przekażemy **Ubezpieczającemu** nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**.
3. Informacje, o których mowa w ust. 1 i 2, za zgodą **Ubezpieczającego**, możemy przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
4. **Ubezpieczający** jest zobowiązany do przekazania **Ubezpieczonemu**, na piśmie lub – jeżeli **Ubezpieczony** wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, informacji określonych w ust. 1 i 2. Informacje te przekazuje się **Ubezpieczonemu**:
   a) przed wyrażeniem przez **Ubezpieczającego** zgody na zmianę warunków **umowy dodatkowej** lub prawa właściwego dla **umowy dodatkowej** – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 1;
   b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez nas **Ubezpieczającemu** – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 2.
5. Na żądanie **Ubezpieczonego**, przekażemy mu informacje określone w ust. 1 i 2.

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

W tej części znajdują się informacje o tym, co należy zrobić w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jakie są zasady wypłaty świadczenia z umowy dodatkowej oraz na czyją rzecz wypłacimy to świadczenie.

§ 13. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** należy poinformować nas o tym fakcie. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** można zgłosić między innymi:
   a) przez elektroniczny formularz na stronie www.allianz.pl,
   b) telefonicznie 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
   c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,
   d) w każdej naszej placówce.
2. Potrzebę organizacji **świadczenia sanatoryjnego** można zgłosić również za pośrednictwem **centrum operacyjnego**:
   1) telefonicznie 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
   2) na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 12,
   3) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.
3. Jeżeli **umowa dodatkowa** została zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego** mogą zgłosić nam również spadkobiercy **Ubezpieczonego**. W tym przypadku, spadkobierca jest traktowany tak, jak uprawniony z **umowy dodatkowej**.

§ 14. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego**:
   a) informujemy o tym **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** (jeżeli to nie oni wystąpili z tym zawiadomieniem), oraz
   b) podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności **zdarzenia ubezpieczeniowego**, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
   c) informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności dostępny jest również na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.
2. Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dołączyć wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia (np. zalecenie od **lekarza prowadzącego** leczenie przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej bądź skierowanie od tego lekarza na takie leczenie lub rehabilitację, w przypadku **świadczenia sanatoryjnego**). Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
3. **Zdarzenia ubezpieczeniowe**, które wydarzyły się poza granicami Polski można nam potwierdzić dostarczając dokumentację w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu:
   a) 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym** innym niż **świadczenie sanatoryjne**,
   b) 14 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym** w przypadku **świadczenia sanatoryjnego** (w ciągu 5 dni roboczych licząc od dnia otrzymania dokumentacji, poinformujemy **Ubezpieczonego** o tym, czy zaistniałe zdarzenie jest **zdarzeniem ubezpieczeniowym**, które uprawnia do wnioskowanego **świadczenia sanatoryjnego**).
5. Mamy prawo przesunąć terminy spełnienia świadczenia wskazane w ust. 4 powyżej, jeżeli w tych terminach nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli wyjaśnić te okoliczności.
6. Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w terminach wskazanych w ust. 4 powyżej liczonych od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
7. Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie dodatkowej** poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą oraz **Ubezpieczonego**, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczonego**, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek (jeżeli nie są oni zgłaszającymi roszczenie) i wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. W informacji zawrzemy pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
9. Jeżeli **lekarz prowadzący** leczenie nie określi proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej to miejsce i rodzaj **sanatorium** ustala **lekarz uprawniony**, w porozumieniu z **Ubezpieczonym**, w oparciu o informacje medyczne zawarte w przekazanej do nas dokumentacji medycznej.
10. Koszty **świadczenia sanatoryjnego**, realizowanego zgodnie z opisem zawartym w tym rozdziale, pokrywamy bezpośrednio na rzecz podmiotów realizujących te świadczenia.

REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I INNE WAŻNE INFORMACJE

W tej części dowiesz się w jaki sposób możesz złożyć reklamację, skargę lub zażalenie na nasze usługi. Dowiesz się tu również m.in. jakie są dostępne sposoby rozwiązywania sporów oraz jakie przepisy stosujemy w sprawach nieuregulowanych w umowie ubezpieczenia.

§ 15. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
   a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
   b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
   c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
3. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 16. ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA SPORÓW

1. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
2. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
3. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony

internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: http://ec.europa.eu/consumers/odr/.

§ 17. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

1. Jesteśmy administratorem danych osobowych, które zbieramy w związku z zawarciem i wykonaniem **umowy dodatkowej** zawartej na podstawie tych warunków ubezpieczenia.
2. Pełną treść klauzuli informacyjnej, która opisuje zasady przetwarzania przez nas danych osobowych, przekazujemy zbierając dane. Dodatkowo, informacje te dostępne są dla wszystkich na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.

§ 18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. **Ubezpieczający**, **Ubezpieczony** i my (**Allianz**) jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. **Ubezpieczający** i **Ubezpieczony** zobowiązani są ponadto informować nas o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko, rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Jesteśmy zobowiązani do poinformowania **Ubezpieczającego** i **Ubezpieczonego** o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).
2. W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie zastosowanie znajdują **OWU**. Oba te dokumenty należy czytać łącznie.
3. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie ubezpieczenia**, w tych warunkach ubezpieczenia lub w **OWU**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy dodatkowej** na odległość.
4. W relacjach wynikających z tych warunków ubezpieczenia stosujemy język polski.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa).
6. Pozew, który dotyczy **umowy dodatkowej** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
   a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
   b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego**, **Ubezpieczonego** lub uprawnionego z umowy,
   c) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpieczonego** lub spadkobiercy uprawnionego z umowy.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 37/2024 i weszły w życie 16 marca 2024 r.

TU Allianz Życie Polska S.A.
ul. Inflancka 4B
00-189 Warszawa

Skontaktuj się z agentem

Infolinia: 224 224 224 opłata zgodna z taryfą danego operatora
www.allianz.pl

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

ZYTER4PWSR-O01 01/24