

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia zdrowotnego: Prywatne ubezpieczenie zdrowotne

(indeks UZP nr 02)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, zwane dalej o.w.u., stosuje się w umowach ubezpieczenia zdrowotnego zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z Ubezpieczającymi.

Definicje

2. Terminom używanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:
 - 1) akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniewała ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez osobę, przez co swoboda woli tej osoby – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;
 - 2) certyfikat – dokument potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową poszczególnych Ubezpieczonych, określający jej szczegółowe warunki;
 - 3) choroba obłożna – stan chorobowy trwający dłużej niż 24 godziny, uniemożliwiający Ubezpieczonemu przybycie do Świadczeniodawcy;
 - 4) dokument ubezpieczenia – polisa, certyfikat lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 5) Dyrekcja Generalna – podstawowa jednostka organizacyjna Towarzystwa powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Towarzystwa; adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Towarzystwa wskazany w polisie;
 - 6) dziecko – osoba, która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia nie ukończyła 25. roku życia, objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Rodzinnego;
 - 7) Główny Ubezpieczony – Pracownik wskazujący osoby objęte ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego i reprezentujący te osoby wobec Ubezpieczającego, oraz wskazujący Uposażonego w imieniu niepełnoletniego dziecka;
 - 8) identyfikator – dokument przekazywany Ubezpieczonemu przez Towarzystwo, służący Świadczeniodawcy do wstępnej weryfikacji Ubezpiezonego;
 - 9) ochrona ubezpieczeniowa – zobowiązania Towarzystwa wobec Ubezpiezonego wynikające z umowy ubezpieczenia;
 - 10) Pakiet Rodzinny – umowa ubezpieczenia zawierana na rzecz Głównego Ubezpiezonego oraz jego współmałżonka, wraz ze wszystkimi dziećmi własnymi lub przysposobionymi, które spełniają postanowienia określone w pkt. 6;
 - 11) rocznica polisy – każda rocznica daty określonej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 12) składka ubezpieczeniowa – składka w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej;
 - 13) suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota świadczenia wyrażona w złotych (zł), którą Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić Uposażonemu, jeżeli śmierć Ubezpiezonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 14) świadczenia zdrowotne – procedury medyczne i diagnostyczne świadczone przez wykwalifikowany personel medyczny podczas procesu leczenia lub podczas działań profilaktycznych;
 - 15) Świadczeniodawca – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany przez organ uprawniony do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych wymienionych w załączniku do niniejszych o.w.u. na rzecz Ubezpieczonych;
 - 16) techniczna stopa procentowa – zakładana przez Towarzystwo teoretyczna stopa zysku z inwestowania rezerwy matematycznej w trakcie trwania ubezpieczenia, wynosząca 3,25 % w skali roku;
 - 17) Towarzystwo – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna;
 - 18) Ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca Pracownika, zgłaszająca grupę osób do ubezpieczenia zdrowotnego przez wypełnienie dokumentu o nazwie „Wniosek o zawarcie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego”, która jest zobowiązana do opłacania składek. Dla potrzeb niniejszych o.w.u. na równi z zatrudnieniem (stosunkiem pracy) traktuje się istnienie pomiędzy Ubezpieczającym i Pracownikiem innego związku uzasadniającego, zdaniem Towarzystwa, możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych o.w.u. (przynależność Pracownika do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego itp.);
 - 19) Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie i zdrowie są objęte ochroną ubezpieczeniową;
 - 20) umowa ubezpieczenia – umowa zawierana między Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych o.w.u.;
 - 21) Uposażony – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wskazana przez Ubezpiezonego, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – przez Głównego Ubezpiezonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego;
 - 22) współmałżonek – osoba, z którą Główny Ubezpieczony w dniu podpisania deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim bądź konkubinacie;
 - 23) Pracownik – osoba fizyczna, którą łączy z Ubezpieczającym stosunek prawny opisany w pkt. 18);
 - 24) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - a) choroba – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - b) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane

- przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, na skutek którego Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
- c) śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 2

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy ubezpieczenia polega na:
 - udostępnieniu Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych oraz zalecanych przez lekarzy badań medycznych wykonywanych u Świadczeniodawcy zgodnie z zasadami medycznej obsługi Ubezpieczonego i w zakresie opisanym w załączniku do niniejszych o.w.u.;
 - wypłacie Uposażonemu sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień § 2 niniejszych o.w.u.
- Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego, gdy zgon nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - działań wojennych, stanu wojennego;
 - czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
- Towarzystwo nie odpowiada za roszczenia Ubezpieczonego wynikające z:
 - błędów w sztuce lekarskiej;
 - błędów z nienależycie prowadzonej przez Świadczeniodawcę dokumentacji medycznej;
 - uczestnictwa personelu medycznego zatrudnionego u Świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń Ubezpieczonemu, w strajkach i akcjach protestacyjnych polegających na nieudzielaniu świadczeń zdrowotnych.
- Towarzystwo jest zwolnione z udostępnienia Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych wymienionych w załączniku do niniejszych o.w.u., jeżeli potrzeba ich wykonania wynika pośrednio lub bezpośrednio z:
 - niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich;
 - popelnienia przestępstwa lub usiłowania popelnienia przestępstwa w rozumieniu Kodeksu karnego.
- Towarzystwo nie udostępnia Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych innych niż wymienione w załączniku do niniejszych o.w.u.
- Towarzystwo nie udostępnia świadczeń zdrowotnych w przypadkach wymagających działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).

§ 3

Zawarcie umowy ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie pisemnego, poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego, na formularzu przygotowanym w tym celu przez Towarzystwo.
- Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia, i ulega automatycznie przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego powyżej.
- Umowa ubezpieczenia może być zawarta dla grup:
 - indywidualnie przystępujących do ubezpieczenia;
 - przystępujących do ubezpieczenia w formie Pakietów Rodzinnych.
- Umowa ubezpieczenia może przewidywać dla poszczególnych grup Ubezpieczonych różny zakres ochrony ubezpieczeniowej. Dla każdej z grup Towarzystwo wystawia odrębną polisę.
- Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu następnym po dniu podpisania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończony 18. rok życia i nie ma ukończonych 64 lat.
- Ubezpieczeniem w ramach Pakietu Rodzinnego mogą być objęci współmałżonkowie, z zachowaniem postanowień ust. 5, wraz ze wszystkimi dziećmi własnymi i przysposobionymi, które w dniu podpisania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 25. roku życia.
- Umowa ubezpieczenia może być zawarta dla grupy liczącej co najmniej 2 osoby, a w razie zawierania umowy w formie Pakietów Rodzinnych – dla co najmniej 2 Pakietów Rodzinnych.
- Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i przekazać Towarzystwu najpóźniej do 20. dnia poprzedzającego okres ochrony ubezpieczeniowej:
 - wykaz imienny osób zgłaszanych do ubezpieczenia;
 - deklarację przystąpienia do ubezpieczenia każdej z osób zgłaszanych do ubezpieczenia; dokument ten powinien być wypełniony i podpisany przez osobę przystępującą do ubezpieczenia (w razie zawarcia umowy w formie Pakietów Rodzinnych deklarację za niepełnoletnie dziecko podpisuje Główny Ubezpieczony);
 - rozliczenie składki i osób lub Pakietów Rodzinnych, które mają być objęte ubezpieczeniem;
 - potwierdzenie wpłaty składki na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa;
 - inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo.
- Dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia jest dla Ubezpieczającego wystawiona przez Towarzystwo polisa, a dla Ubezpieczonego – wystawiony przez Towarzystwo indywidualny certyfikat.
- Po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczony otrzyma od Towarzystwa identyfikator zdrowotny.
- W razie zmiany liczebności grupy po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Towarzystwu najpóźniej do 20. dnia każdego miesiąca obowiązywania umowy:
 - wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia w kolejnym miesiącu wraz z ich deklaracjami, z zachowaniem postanowień ust. 8 pkt 2);
 - wykaz osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym okresie ochrony wygasa odpowiedzialność Towarzystwa;
 - rozliczenie składki i osób lub Pakietów Rodzinnych, które mają być objęte ubezpieczeniem;
 - potwierdzenie wpłaty składki na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa.
- Towarzystwo może uzyskać od podmiotów, o jakich mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.), które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia – informacje o okolicznościach

związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

13. Z żądaniem przekazania informacji, o których mowa w ust. 12, występuje lekarz upoważniony przez Towarzystwo.
14. Podmioty, o których mowa w ust. 12, są obowiązane przekazać Towarzystwu posiadane informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia Towarzystwa o przekazanie informacji.
15. Towarzystwo może za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą albo jej przedstawiciela ustawowego, na pisemne żądanie innego zakładu ubezpieczeń udostępnić temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego bądź osobę, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

§ 4 Składka

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić za każdego Ubezpieczonego lub za każdy Pakiet Rodzinny składkę ubezpieczeniową w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia jest płacona przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością wskazaną w umowie ubezpieczenia.
3. Częstotliwość opłacania składki może być miesięczna, kwartalna, półroczna lub roczna.
4. Składka za ubezpieczenie jest kalkulowana w oparciu o techniczną stopę procentową.
5. Składka jest płatna z góry, ale nie później niż do 20. dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna.
6. Wysokość składki jest ustalana przez Towarzystwo na każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia. W razie zmiany wysokości składki Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianie składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia.
7. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu od Towarzystwa informacji o wysokości składki w następnym rocznym okresie ubezpieczenia doręczy Towarzystwu najpóźniej na 14 dni przed upływem rocznego okresu ubezpieczenia pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Towarzystwo wysokość składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia, chyba że strony postanowią inaczej.
8. Niedoręczenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki w terminie określonym w ust. 7 będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:
 - 1) przedłużenie umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia;
 - 2) wysokość składki zaproponowaną przez Towarzystwo, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.
9. Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, gdy wpłynie ona na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5 Nieopłacenie składek

1. Jeżeli składka nie zostanie wpłacona przez Ubezpieczającego do 20. dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem miesiąca ochrony bez uprzedniego powiadamiania o tym Ubezpieczającego, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.
2. Składkę uważa się za nie zapłaconą w szczególności wtedy, gdy wysokość składki przekazanej na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa jest niższa niż wynikająca z liczby osób lub liczby Pakietów Rodzinnych, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem. Liczbę osób lub liczbę Pakietów Rodzinnych, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem, ustala się na podstawie dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 8 pkt 1) oraz w § 3 ust. 11 pkt. 1), 2) i 3).

§ 6 Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się od daty wskazanej przez Towarzystwo w certyfikacie, zawsze od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, nie wcześniej jednak niż po spełnieniu, do 20. dnia poprzedzającego okres ochrony, następujących warunków:
 - 1) Towarzystwo otrzymało i zaakceptowało deklarację przystąpienia do ubezpieczenia danej osoby;
 - 2) Ubezpieczony jest wymieniony w wykazie imiennym osób zgłaszanych do ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 8 pkt 1) oraz w § 3 ust. 11 pkt 1);
 - 3) Ubezpieczający zapłacił składkę w terminie określonym w § 4 ust. 5 niniejszych o.w.u.;
 - 4) wysokość składki przekazanej na rachunek bankowy Towarzystwa nie jest niższa niż wynikająca z liczby osób lub liczby Pakietów Rodzinnych wymienionych w wykazie imiennym, o którym mowa w § 3 ust. 8 pkt 1) oraz w § 3 ust. 11 pkt 1).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa niezależnie od innych postanowień o.w.u.:
 - 1) w dniu wskazanym przez Ubezpieczającego jako dzień wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia, rozumianym jako ostatni dzień miesiąca poprzedzającego kolejny okres ochrony;
 - 2) w ostatnim dniu miesiąca, w którym ustał stosunek pracy;
 - 3) w dniu zgonu Ubezpieczonego, a w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Pakietów Rodzinnych – w ostatnim dniu miesiąca, w którym nastąpił zgon Głównego Ubezpieczonego;
 - 4) z pierwszym dniem miesiąca rozpoczynającego nowy roczny okres ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający nie zaakceptuje zaproponowanej wysokości składki;
 - 5) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 6) w dniu rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia, a gdy Ubezpieczonym jest dziecko – w dniu rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez dziecko 26. roku życia.
3. W razie zgonu Głównego Ubezpieczonego ochrona względem Ubezpieczonych wskazanych przez niego może być udzielana pod warunkiem niezwłocznego złożenia Ubezpieczającemu przez któregokolwiek z Ubezpieczonych, najpóźniej na tydzień przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o wstąpieniu w prawa i obowiązki Głównego Ubezpieczonego i faktycznego wykonywania wymaganych obowiązków.

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

§ 7

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia może nastąpić na skutek:
 - 1) nieopłacenia składki w terminie określonym w § 4 ust. 5 niniejszych o.w.u.;
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia;
 - 3) wypowiedzenia Towarzystwu przez Świadczeniodawcę umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych – z dniem wygaśnięcia tej umowy.
2. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek za okres wypowiedzenia.
3. W razie rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 1 pkt 3) oraz w ust. 2 Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za nie wykorzystany okres ubezpieczenia. Przy zwrocie składki każdy rozpoczęty miesiąc traktuje się jako miesiąc pełny.
4. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia:
 - 1) w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli jest przedsiębiorcą;
 - 2) w ciągu 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli jest osobą fizyczną nie będącą przedsiębiorcą.
5. Odstąpienie od umowy nie zwalnia z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

§ 8

Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia Towarzystwo może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wcześniej nie ubezpieczone.
2. Najpóźniej do 20. dnia miesiąca poprzedzającego kolejny okres ochrony Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Towarzystwu wykaz imienny osób przystępujących do ubezpieczenia, ich deklaracje przystąpienia oraz inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo, wraz z potwierdzeniem wpłaty składki na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa. Wykonanie tego obowiązku jest warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową osób nowo przystępujących do zawartej umowy ubezpieczenia.

§ 9

Występowanie osób z ubezpieczenia

Warunkiem zarejestrowania przez Towarzystwo wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia jest otrzymanie od Ubezpieczającego do 20. dnia miesiąca poprzedzającego kolejny okres ochrony wykazu osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym okresie ubezpieczenia wygasa odpowiedzialność Towarzystwa.

§ 10

Udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 2 pkt 24 a), b) Ubezpieczony powinien:
 - 1) uzgodnić termin wykonania świadczeń zdrowotnych i przybyć do Świadczeniodawcy;

- 2) przedstawić identyfikator ubezpieczenia zdrowotnego wraz z ważnym dowodem jednoznacznie określającym tożsamość Ubezpieczonego;
- 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od służb medycznych zatrudnionych u Świadczeniodawcy;
- 4) przestrzegać terminów wykonania świadczeń zdrowotnych.

2. Świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego będą udzielane z zachowaniem postanowień ust. 1, pod warunkiem udokumentowania uprawnienia Ubezpieczonego do świadczeń z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego raportem miesięcznym dla osoby ubezpieczonej (ZUS RMUA) lub zgłoszeniem do ubezpieczeń (ZUS ZUA) bądź innym obowiązującym dokumentem.

§ 11

Wyplata świadczenia

1. Na wypadek zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca świadczenie osobie uprawnionej do jego otrzymania, w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego jest Uposażony lub Uposażeni wskazani przez Ubezpieczonego, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – przez Głównego Ubezpieczonego, a w razie ich braku – osoby wymienione w § 13 ust. 6.
3. Jeżeli suma wskazań procentowych Uposażonych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
4. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnym czynem karalnym spowodowała zgon Ubezpieczonego.
5. W razie śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione są zobowiązane bezzwłocznie pisemnie powiadomić Towarzystwo o tym zdarzeniu.
6. Za moment zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę, gdy pisemne zawiadomienie o powyższym zdarzeniu wpłynęło do Dyrekcji Generalnej lub oddziału Towarzystwa.
7. Dokumentem niezbędnym do uznania za prawidłowe zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, o którym mowa w ust. 1, jest dołączenie odpisu lub kopii aktu zgonu Ubezpieczonego.
8. Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego i osoby uprawnione, wskazując wykaz dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia.
9. Na podstawie przesłanych dokumentów Towarzystwo przeprowadzi postępowanie dotyczące:
 - 1) potwierdzenia faktu zaistnienia zdarzenia;
 - 2) potwierdzenia zasadności zgłoszonych roszczeń;
 - 3) ustalenia wysokości świadczenia;
 - 4) ustalenia osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia;
 - 5) ustalenia sposobu przekazania świadczenia.
10. Towarzystwo ma obowiązek udostępnić osobom, o którym mowa w ust. 8, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia. Osoby uprawnione mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych, przy czym sposób udostępniania akt szkodowych nie może wiązać się z nadmiernymi, ponad potrzebę, utrudnieniami dla tych osób.

§ 12

- Świadczenie, o którym mowa w § 11 ust. 1, jest wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dołączyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
- Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - aktu zgonu (odpisu lub kopii potwierdzonej przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem);
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia;
 - dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego;
 - opisu okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie jest następstwem wypadku;
 - innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazanych przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.
- O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony powinni niezwłocznie powiadomić Towarzystwo w trybie wskazanym w ust. 1, najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
- Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

§ 13

- Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony mogą wskazać Uposażonego (lub Uposażonych) jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego zgonu – zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
- Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony mają prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
- Wniosek o zmianę Uposażonego Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony składają w formie pisemnej.
- Towarzystwo jest związane dokonaną zmianą, począwszy od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego.
- Jeżeli Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony wskazali więcej niż jednego Uposażonego

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

- Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego albo gdy żaden Uposażony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył bądź wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - współmałżonkowi;
 - w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak współmałżonka;
 - w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
 - w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
 - innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

§ 14

Obowiązki Towarzystwa

- Towarzystwo zobowiązuje się objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wskazane przez Ubezpieczającego na zasadach i warunkach określonych w niniejszych o.w.u.
- Towarzystwo jest zobowiązane wystawić polisę dla Ubezpieczającego i certyfikaty dla Ubezpieczonych, potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Towarzystwo zobowiązuje się udostępnić aktualną listę Świadczeniodawców.
- Towarzystwo jest obowiązane do zawarcia w umowie ubezpieczenia:
 - definicji poszczególnych świadczeń;
 - wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym;
 - zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, określenia stopy technicznej, a także kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez Towarzystwo przy wypłacie świadczeń;
 - wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń.
- Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo jest obowiązane przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu, wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

- Towarzystwo jest obowiązane do pisemnego informowania Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

§ 15

Obowiązki Ubezpieczonego

- Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony upoważniają Towarzystwo do wglądu w dokumentację medyczną dotyczącą Ubezpieczonego, prowadzoną przez Świadczeniodawcę.
- Ubezpieczony jest zobowiązany ściśle przestrzegać zaleceń lekarskich.
- W trakcie realizowania świadczeń zdrowotnych Ubezpieczony jest zobowiązany przestrzegać zasad organizacji pracy u Świadczeniodawców w części dotyczącej pacjentów.

§ 16

Obowiązki Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający jest zobowiązany niezwłocznie informować Towarzystwo o wszelkich zmianach w listach imiennych osób objętych umową ubezpieczenia.
2. W razie niezgłoszenia zmian Towarzystwo przyjmuje ostatni zgłoszony stan osobowy za aktualny.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki ubezpieczeniowej i przekazywania Towarzystwu dokumentów niezbędnych do prawidłowej obsługi zawartej umowy ubezpieczenia, z zachowaniem terminów i warunków określonych w niniejszych o.w.u.

§ 17

Postanowienia końcowe

1. Za zgodą stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych o.w.u., potwierdzone odrębnym aneksem.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie.
3. Jeżeli Ubezpieczający albo Ubezpieczony zmienili adres siedziby lub zamieszkania i nie powiadomili o tym Towarzystwa, przyjmuje się, że Towarzystwo wypełniło swój obowiązek zawiadomienia, wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
4. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
5. Bieg przedawnienia roszczeń rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.
6. Bieg przedawnienia roszczenia przerywa się przez zgłoszenie Towarzystwu roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
7. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi o.w.u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawa.
8. Skargi i zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z tytułu umowy ubezpieczenia mogą zgłaszać do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Towarzystwa, w kompetencjach której leży rozpatrzenie sprawy, jakiej skarga lub zażalenie dotyczy.
9. Powództwo o roszczenie wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie), albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z tytułu umowy ubezpieczenia.
10. Niniejsze o.w.u. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 112/2003 z dnia 30 grudnia 2003 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu