

Spis treści

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie (indeks GZ 07)	3
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku (indeks GZ NW 04)	11
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (indeks GZ WK 03)	13
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (indeks GZ WZ 04)	15
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia inwalidztwa Ubezpieczonego (indeks GZ IN 04)	17
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie wypadku - pełna ochrona (indeks GZ CP 04)	19
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie wypadku (indeks GZ CI 05)	21
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania (indeks GZ PZ 04)	23
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu (indeks GZ SU 04)	26
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku (indeks GZ SNW 02)	28
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia operacyjnego Ubezpieczonego (indeks GZ LO 02)	30
Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia operacyjnego Ubezpieczonego o indeksie GZ LO 02 - kategorie trudności leczenia operacyjnego	33
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej (indeks GZ CZ 03)	34
Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej o indeksie GZ CZ 03 - wykaz chorób zawodowych	36
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego (Indeks GZ AU 04)	37
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych w związku z utratą pracy przez Ubezpieczonego z przyczyn dotyczących Pracodawcy (indeks GZ UP 01)	41
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego (indeks GZ ZM 04)	43
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku (indeks GZ ZN 03)	44
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u współmałżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania (indeks GZ PW 04)	45

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia częściowego inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku (indeks GZ IW 04)	48
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego po zgonie Ubezpieczonego (indeks GZ ZU 04)	50
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego (indeks GZ ZR 05)	52
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu rodzica Ubezpieczonego (indeks GZ ZRU 02)	54
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu (indeks GZ UD 05)	56
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu dziecka Ubezpieczonego i urodzenia się martwego dziecka (indeks GZ ZD 04)	58
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego (indeks GZ OD 04)	59
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia z wypłatą renty miesięcznej w razie osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego (indeks GZ OR 02)	60
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania (indeks GZ PD 04)	62
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka Ubezpieczonego w szpitalu (indeks GZ SD 03)	64
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (indeks GZ FI 04)	66
Taryfa kosztów do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym o indeksie GZ FI 04	70
Zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupowego ubezpieczenia na życie o indeksie GZ 07	71
Regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A.	
Załącznik do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie o indeksie GZ 07	

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie

(indeks GZ 07)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (o.w.u.) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A., zwane dalej Towarzystwem – z pracodawcami, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych o.w.u. określenia oznaczają:
 - 1) akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko Ubezpieczonemu lub odpowiednio Współubezpieczonemu, co zniwala go do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego, przez co swoboda woli Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;
 - 2) akt terroru – dokonanie lub groźbę dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego;
 - 3) data przystąpienia do ubezpieczenia – datę wskazaną w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia jako datę rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego;
 - 4) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
 - 5) indeksacja składki – zwiększenie wysokości składki indeksem zaproponowanym przez Towarzystwo
 - 6) karencja – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia lub dodatkowych umów ubezpieczenia, przez okres w nich wskazany;
 - 7) Pracownik – osobę fizyczną, którą łączy z Ubezpieczającym stosunek prawny opisany w pkt. 13);
 - 8) pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2 ‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 9) rocznica polisy – każdą rocznicę daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 10) składka – składkę ochronną w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, przeznaczoną na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym oraz w ramach zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym;
 - 11) suma ubezpieczenia – określoną w polisie kwotę będącą podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacanego w razie zajścia w życiu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego zdarzenia określonego umową ubezpieczenia;
 - 12) Techniczna stopa procentowa – zakładaną przez Towarzystwo teoretyczną stopę zysku z inwestowania rezerwy matematycznej w trakcie trwania ubezpieczenia, wynoszącą 3,25 % w skali roku.
 - 13) Ubezpieczający – osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zatrudniającą Ubezpieczonych. Dla potrzeb niniejszych o.w.u. na równi z zatrudnieniem (stosunkiem pracy) traktuje się istnienie pomiędzy Ubezpieczającym i osobami objętymi ubezpieczeniem związku uzasadniającego – zdaniem Towarzystwa – możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych o.w.u. (np. przynależność Ubezpieczonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego);
 - 14) Ubezpieczony – osobę fizyczną, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
 - 15) umowa ubezpieczenia – umowę zawieraną na podstawie niniejszych o.w.u.;
 - 16) Uposażony – osobę wyznaczoną przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
 - 17) Uposażony zastępczy – osobę wyznaczoną przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Uposażony nie żyje lub utracił prawo do świadczenia.
 - 18) Współubezpieczony – objętego ubezpieczeniem na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia członka rodziny Ubezpieczonego;
 - 19) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu, lub inwalidztwa osoby objętej ubezpieczeniem i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego.
 - 20) Dyrekcja Generalna – podstawową jednostkę organizacyjną Towarzystwa powołaną do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Towarzystwa; adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Towarzystwa wskazany na polisie.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w zakresie podstawowym lub w zakresie podstawowym i rozszerzonym.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w zakresie podstawowym jest życie Ubezpieczonego. W razie zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym, przedmiotem ubezpieczenia może być życie lub zdrowie Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego oraz określone w umowie ubezpieczenia zdarzenia, zachodzące w życiu Ubezpieczonego i Współubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęty zgon Ubezpieczonego.
4. W związku z zawarciem dodatkowych umów ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa mogą być objęte zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.
5. Zakres ubezpieczenia jest określany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie lub zmianę umowy ubezpieczenia.

6. Zakres ubezpieczenia jest jednakowy dla wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej umowy ubezpieczenia.
7. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego i odpowiednio Współubezpieczonego na podstawie dodatkowych umów ubezpieczenia, gdy zgon nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
- 1) samobójstwa lub samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
8. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu zgonu w następstwie wypadku objętego odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia w okresie karencji, o której mowa w § 5 oraz w § 12, oraz z tytułu następstw wypadków objętych odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli wypadek nastąpi bezpośrednio w wyniku:
- 1) pozostawiania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) zaburzeń umysłu lub świadomości Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, chyba że były one następstwem wypadku;
 - 3) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, chyba że były one następstwem wypadku;
 - 4) wypadku lotniczego; nie dotyczy to sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Współubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 5) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU nr 88, poz. 553 z późn. zm.);
 - 6) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru;
 - 7) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego: alpinizm, baloniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 8) uczestniczenia Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - 9) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 10) poddania się przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z wypadkiem;
 - 11) zatrucia się Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - 12) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku;
 - 13) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był wypadek;
 - 14) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 15) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu nie dopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego;
9. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu zgonu będącego następstwem wypadku Ubezpieczonego i odpowiednio Współubezpieczonego, jeżeli zgon nastąpił po upływie 180 dni od zajścia wypadku. W tym przypadku odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty świadczenia z tytułu zgonu, o którym mowa w ust. 3.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia. Umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego powyżej.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta dla grupy liczącej co najmniej 10 osób.
3. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego, na formularzu Towarzystwa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - 1) wykaz imienny Pracowników przystępujących do ubezpieczenia;
 - 2) deklarację przystąpienia do ubezpieczenia każdej z osób przystępujących do ubezpieczenia; dokument ten powinien być wypełniony i podpisany przez osobę przystępującą do ubezpieczenia.
5. Towarzystwo może wymagać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia innych dokumentów, w szczególności kwestionariusza medycznego, uznanych przez Towarzystwo za niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia, w tym dokumentacji koniecznej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego w stosunku do osób zgłaszanych do ubezpieczenia.
6. Dokumenty wymienione w ust. 4 i ust. 5, po ich zaakceptowaniu przez Towarzystwo, stanowią będą załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
7. Towarzystwo może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie, z wyłączeniem badań genetycznych. Koszty takich badań ponosi Towarzystwo.
8. Towarzystwo może uzyskać od podmiotów, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.), które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje

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

9. Z wnioskiem o przekazanie informacji, o których mowa w ust. 8, występuje lekarz upoważniony przez Towarzystwo.
10. Podmioty, o których mowa w ust. 8, są obowiązane przekazać posiadane informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia Towarzystwu w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia Towarzystwa o przekazanie informacji.
11. Towarzystwo może za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą albo jej przedstawiciela ustawowego, na pisemne żądanie innego zakładu ubezpieczeń, udostępnić temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osobę, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z 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 świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.
12. Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza, wystawiając polisę.
13. Za zgodą Towarzystwa i na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo dopuszcza się u jednego Ubezpieczającego utworzenie kilku grup i dla każdej z grup zawarcie odrębnej umowy ubezpieczenia. Umowy ubezpieczenia zawarte z jednym Ubezpieczającym mogą przewidywać różne wysokości sumy ubezpieczenia. O ile Towarzystwo nie postanowi inaczej, wymagane jest spełnienie przy tym następujących warunków:
 - 1) nie dopuszcza się ubezpieczenia tych samych osób w więcej niż jednej grupie;
 - 2) osoby ubezpieczone nie mogą zmieniać grupy;
 - 3) zakres ubezpieczenia musi być wspólny dla wszystkich grup utworzonych u jednego Ubezpieczającego,
14. Dla każdej z grup Towarzystwo wystawia odrębną polisę.
15. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu następnym po dniu podpisania deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 64 lat, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.
16. W razie zmiany liczebności grupy po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany każdorazowo do przesyłania, najpóźniej ostatniego dnia każdego miesiąca obowiązywania umowy, następujących dokumentów:
 - 1) wykazu osób przystępujących do ubezpieczenia w kolejnym miesiącu;
 - 2) wykazu osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym miesiącu wygasa odpowiedzialność Towarzystwa, z podaniem jednego z powodów:
 - a) ustania stosunku pracy,
 - b) przerwy w zatrudnieniu z powodu odbywania zasadniczej służby wojskowej, przebywania na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym, chyba że Ubezpieczający nadal przekazuje składkę za Ubezpieczonego,

- c) zgonu Ubezpieczonego;
- d) rezygnacji Ubezpieczonego.

§ 4

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

Zmiany umowy ubezpieczenia

§ 5

1. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o dokonanie zmian w umowie ubezpieczenia nie później niż na miesiąc przed każdą rocznicą polisy.
2. Zmiany w umowie ubezpieczenia dokonywane są za zgodą Towarzystwa.
3. Zmiana wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub którejkolwiek z dodatkowych umów ubezpieczenia może zostać dokonana z wniosku Ubezpieczającego lub Towarzystwa złożonego drugiej stronie nie później niż na miesiąc przed każdą rocznicą polisy. Dla wprowadzenia zmian, o których mowa w zdaniu poprzedzającym konieczna jest akceptacja Ubezpieczającego oraz Towarzystwa nowych warunków ubezpieczenia. Towarzystwo wyrażając zgodę może zastosować 6-miesięczny okres karencji. Karencja odnosi się do wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. Karencji o której mowa w ust. 3 nie stosuje się w przypadku podwyższenia świadczenia z umowy ubezpieczenia lub którejkolwiek z dodatkowych umów ubezpieczenia w wyniku zaakceptowania przez Ubezpieczającego indeksacji składki o której mowa w § 7 ust. 10.
5. W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 6-miesięcznej karencji od dnia wprowadzenia zmiany do umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości obowiązującej przed datą złożenia przez Ubezpieczającego wniosku, o którym mowa w ust. 1. Ograniczenie powyższe nie dotyczy zdarzeń objętych odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia i dodatkowych umów ubezpieczenia, będących następstwem wypadku.

Suma ubezpieczenia

§ 6

1. Suma ubezpieczenia jest ustalana przez strony umowy ubezpieczenia przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia jest wyrażona w następujący sposób:

- 1) kwotowo,
 - 2) jako krotność miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto, przysługującego Ubezpieczonemu z tytułu umowy o pracę w miesiącu poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia musi być wyrażona jednakowo dla wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej grupy.
 4. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt. 2), ubezpieczeniem musi zostać objęte 100% Pracowników, o ile Towarzystwo nie postanowi inaczej.
 5. Ubezpieczający może, za zgodą Towarzystwa, zmienić sumę ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy, zgodnie z postanowieniami § 5.
 6. Jeżeli suma ubezpieczenia jest wyrażona jako krotność miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto, może być ona zmieniona w rocznicę polisy na podstawie pisemnej informacji o wysokości wynagrodzenia przysługującego Ubezpieczonemu w miesiącu poprzedzającym rocznicę polisy. Wniosek o powyższą zmianę musi wpłynąć do Towarzystwa w trybie § 5 ust. 1.

Składka

§ 7

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

określonym w ust. 7 będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:

- 1) przedłużenie umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia
- 2) oraz na wysokość stopy składki zaproponowaną przez Towarzystwo, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.

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

10. Towarzystwo może zaproponować indeksację składki oraz sumy ubezpieczenia w rocznicę polisy.
11. Składka jest indeksowana indeksem ustalonym wcześniej przez Towarzystwo uwzględniającym między innymi skutki inflacji.
12. Informacja o indeksacji przesyłana jest do Ubezpieczającego nie później niż na dwa miesiące przed rocznicą polisy.
13. Nierozłączenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej indeksacji stopy składki ochronnej w terminie miesiąca przed rocznicą polisy będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na proponowaną wysokość składki.
14. W razie zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia składka jest równa sumie składek należnych na podstawie umowy ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia.
15. Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, gdy wpłynie ona na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy Towarzystwa, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.
16. Wszelkie rozliczenia składek wpłaconych do Towarzystwa dokonywane są z Ubezpieczającym, a w szczególności:
 - a) zwroty składek wpłaconych po zamknięciu umowy,
 - b) zwroty składek nadpłaconych.

Nieopłacanie składek

§ 8

1. W sytuacji gdy składka należna w danym okresie nie została opłacona do 10. dnia pierwszego miesiąca okresu, za który jest należna (okres prolongaty), to Towarzystwo zawiesi odpowiedzialność od 1. dnia tego okresu; odpowiedzialność Towarzystwa ulega zawieszeniu do czasu jej wznowienia, nie dłużej jednak niż na okres 3 miesięcy, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.
2. Składkę uważa się za niezapłaconą w szczególności, jeżeli wysokość składki przekazanej na rachunek bankowy Towarzystwa jest niższa niż wynikająca z liczby osób, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem. Liczbę osób, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem, ustala się na podstawie dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 4 pkt. 1) oraz ust. 16.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa ulega wznowieniu pierwszego dnia następującego po dniu zapłacenia przez Ubezpieczającego na rzecz Towarzystwa kwoty za okres od dnia zawieszenia odpowiedzialności do dnia dokonania wpłaty oraz składki za kolejny okres w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
4. W razie niewznowienia odpowiedzialności w trybie opisanym w ust. 3 w terminie 3 miesięcy od daty zawieszenia, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa i umowa ulega

rozwiązaniu z datą zawieszenia odpowiedzialności Towarzystwa, o której mowa w ust. 1.

5. Z tytułu wystąpienia w okresie zawieszenia odpowiedzialności Towarzystwa zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaci świadczenie wyłącznie wtedy, gdy Ubezpieczający przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 4, dokona wpłaty składek za okres od dnia zawieszenia odpowiedzialności do dnia dokonania wpłaty, wraz ze składką za kolejny okres w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia. W razie gdy Ubezpieczający nie dokona powyższej wpłaty w terminie określonym w ust. 4, Towarzystwo jest zwolnione z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie zawieszenia odpowiedzialności.
6. W razie podjęcia decyzji o niezawieszeniu odpowiedzialności, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie, jednocześnie wzywając go do zapłacenia składki.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 9

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu wskazanym przez Towarzystwo w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zostały spełnione łącznie następujące warunki, z zastrzeżeniem postanowień § 12 ust. 2 i 3:
 - 1) Towarzystwo otrzymało i zaakceptowało deklarację przystąpienia do ubezpieczenia danej osoby;
 - 2) Ubezpieczony jest wymieniony w wykazie imiennym, o którym mowa w § 3 ust. 4 pkt. 1) oraz ust. 16 pkt. 1);
 - 3) zapłacona została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego pierwsza składka, z zastrzeżeniem § 8 ust. 1;
 - 4) wysokość składki przekazanej na rachunek Towarzystwa jest nie niższa niż wynikająca z liczby osób, wymienionych w wykazie imiennym, o którym mowa w § 3 ust. 4 pkt. 1) oraz ust. 16 pkt. 1).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego względem danego Ubezpieczonego wygasa niezależnie od innych postanowień o.w.u.:
 - 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) w ostatnim dniu miesiąca, w którym ustał stosunek pracy;
 - 3) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony wystąpił z umowy ubezpieczenia z powodów wskazanych w § 3 ust. 16 pkt. 2) ppkt b) i ppkt d), co zostało potwierdzone w wykazie osób występujących z umowy ubezpieczenia;
 - 4) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 5) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności, o którym mowa w § 8 ust. 4;
 - 6) w dniu rocznicy polisy, następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
3. Z dniem określonym w ust. 2 wygasa odpowiedzialność Towarzystwa wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia, zawartych na rzecz Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonych, o ile ogólne warunki umów dodatkowych nie przewidują innego terminu wygaśnięcia odpowiedzialności.
4. Po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej względem danego Ubezpieczonego Towarzystwo nie może podnieść zarzutu o zatajeniu przez Ubezpieczonego istotnych przy przystępowaniu do ubezpieczenia okoliczności i uwolnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 10

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

§ 11

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

Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia

§ 12

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia Towarzystwo może objąć ochroną ubezpieczeniową Pracowników wcześniej nie ubezpieczonych. Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć wykaz imienny osób nowo przystępujących, ich deklaracje przystąpienia oraz inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo. Towarzystwo może również wyrazić zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową osób ubezpieczonych wcześniej w ramach tej samej umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że osoby te są traktowane tak jak osoby wcześniej nie ubezpieczone.
2. Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową Pracowników, o których mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia niniejszych o.w.u., z zastrzeżeniem że odpowiedzialność Towarzystwa względem osób, które w dniu doręczenia Towarzystwu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia były zatrudnione, lecz przystąpiły do ubezpieczenia po upływie 5 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, rozpoczyna się po upływie 6-miesięcznego okresu karencji liczonego od dnia wskazanego w § 9 ust. 1.
3. Postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio w odniesieniu do osób, które w dniu doręczenia Towarzystwu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie były Pracownikami Ubezpieczającego i przystąpiły do umowy ubezpieczenia po upływie 5 miesięcy od dnia zatrudnienia przez Ubezpieczającego.
4. Postanowień ust. 2 nie stosuje się w odniesieniu do osób, o których mowa w ust. 2 i 3, które przystąpiły do umowy ubezpieczenia w rocznicę polisy.

5. Postanowień ust. 2 nie stosuje się w odniesieniu do Pracowników, którzy po przerwie w zatrudnieniu z powodu odbywania zasadniczej służby wojskowej, urlopu wychowawczego lub bezpłatnego wznowią przekazywanie składek nie później niż w okresie jednego miesiąca, licząc od daty ponownego zatrudnienia po tej przerwie.
6. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 2, odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia i wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia są objęte tylko zdarzenia będące następstwem wypadku.
7. Osoba, która przebywała na zwolnieniu lekarskim, może być zgłoszona do ubezpieczenia po upływie jednego miesiąca od podjęcia pracy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania dodatkowej dokumentacji medycznej dotyczącej jej stanu zdrowia.
3. W sytuacji, gdy suma wskazań procentowych Uposażonych nie jest równa 100 przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia wyznaczane są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
4. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnym czynem karalnym spowodowała zgon Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
5. Za moment zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zawiadomienia o powyższym zdarzeniu do Dyrekcji Generalnej lub oddziału Towarzystwa.
6. Dokumentem niezbędnym do uznania za prawidłowe zawiadomienia o zdarzeniu losowym, o którym mowa w ust. 1, jest dołączenie kopii aktu zgonu Ubezpieczonego.

Staż w umowie ubezpieczenia

§ 13

1. Ubezpieczony, który wystąpił z niniejszej umowy grupowego ubezpieczenia na życie a następnie przystąpił do kolejnej umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem lub zawarł umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie lub zrezygnował z polisy indywidualnej kontynuacji i przystąpił do polisy grupowej i przerwa pomiędzy datą wystąpienia i przystąpienia do umowy jest nie dłuższa niż trzy miesiące zachowuje ciągłość stażu w umowie.
2. Ciągłość stażu, o którym mowa w ust. 1, dotyczy tylko i wyłącznie ryzyk, które objęte są ochroną zarówno w umowie ubezpieczenia, z której Ubezpieczony występuje jak i w umowie ubezpieczenia, do której Ubezpieczony przystępuje.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie między wystąpieniem ubezpieczonego z jednej umowy i przystąpieniem do kolejnej.
7. Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego oraz osoby uprawnione, poprzez wskazanie wykazu dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia.
8. W oparciu o przesłane dokumenty Towarzystwo przeprowadzi postępowanie dotyczące:
 - 1) potwierdzenia faktu zaistnienia zdarzenia
 - 2) potwierdzenia zasadności zgłoszonych roszczeń;
 - 3) ustalenia wysokości świadczenia;
 - 4) ustalenia osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia;
 - 5) ustalenia sposobu przekazania świadczenia.
9. Towarzystwo ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 7, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych, przy czym sposób udostępniania akt szkodowych nie może wiązać się z nadmiernymi, ponad potrzebę, utrudnieniami dla tych osób.

Kontynuacja ubezpieczenia

§ 14

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

- 1) ustanie stosunku pracy,
 - 2) ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia,
 - 3) rozwiązanie umowy ubezpieczenia z powodu zaprzestania działalności lub likwidacji Ubezpieczającego,
 - 4) wystąpienia Ubezpieczonego z umowy z powodów wskazanych w § 3 ust. 16 pkt. 2) ppkt. b)
- przysługuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo – pod warunkiem że był on objęty odpowiedzialnością Towarzystwa przez co najmniej 12 miesięcy i złożył wniosek o kontynuację w terminie wskazanym przez Towarzystwo.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 15

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca świadczenie osobie uprawnionej do jego otrzymania w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, o ile warunki dodatkowych umów ubezpieczenia nie stanowią inaczej.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego są:
 - a) Uposażeni;
 - b) Uposażeni Zastępczy, w razie braku Uposażonych;
 - c) osoby wymienione w § 18 niniejszych o.w.u., jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
4. Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - 1) aktu zgonu (odpisu lub kopii poświadczonej przez

§ 16

1. Świadczenie, o którym mowa w § 15 ust. 1, oraz świadczenia z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony powinien niezwłocznie powiadomić Towarzystwo w trybie wskazanym w ust.1, najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
4. Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - 1) aktu zgonu (odpisu lub kopii poświadczonej przez

- przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem),
- 2) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia,
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego,
 - 4) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.
5. Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
 6. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

§ 17

1. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego (Uposażonych) i Uposażonego Zastępczego (Uposażonych Zastępczych) jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego zgonu – zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Wniosek o zmianę Uposażonego i Uposażonego Zastępczego Ubezpieczony składa Towarzystwu na piśmie.
4. Towarzystwo jest związane dokonaną zmianą począwszy od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego lub odpowiednio Uposażonego Zastępczego.

§ 18

1. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego ani Uposażonego Zastępczego albo gdy żaden Uposażony (lub Uposażony Zastępczy) w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni (lub Uposażeni Zastępczy) utracili prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonkowi;
 - 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak współmałżonka;
 - 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
 - 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
 - 5) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
2. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i w dniu zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa jeden ze wskazanych Uposażonych nie żył albo utracił prawo do świadczenia, to jego część świadczenia przejmują pozostali Uposażeni, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego.
3. Powyższy zapis odnosi się analogicznie do kręgu Uposażonych Zastępczych.

Obowiązki Towarzystwa

§ 19

1. Towarzystwo jest obowiązane do zawarcia w umowie ubezpieczenia:
 - 1) definicji poszczególnych świadczeń;
 - 2) wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym;
 - 3) zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy oraz określenia stopy technicznej;
 - 4) wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń.
2. 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.
3. Towarzystwo jest obowiązane do pisemnego informowania Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w szczególności o wartości wykupu.

Postanowienia końcowe

§ 20

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym.
2. Jeżeli Ubezpieczający albo Ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym Towarzystwa, przyjmuje się, że Towarzystwo wypełniło swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia, wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.

§ 21

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

§ 22

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

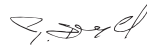
§ 23

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych o.w.u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa.
2. Skargi lub zażalenia, związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony, Uposażony Zastępczy lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłaszać do Dyrekcji Generalnej

Towarzystwa za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Towarzystwa, w której kompetencjach leży rozpatrzenie sprawy, jakiej skarga lub zażalenie dotyczy.

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

3. Niniejsze o.w.u. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 6/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku

(indeks GZ NW 04)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 3) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu i nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności, wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

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

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

§ 4

Składka

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

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 6

Ustalenie i wypłata świadczenia

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


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

§ 7

Postanowienia końcowe

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

2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 74/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego

(indeks GZ WK 03)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 3) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu i nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności wynikającej z umowy dodatkowej;
 - 4) wypadek komunikacyjny – wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony uległ:
 - a) jako kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym, albo jako pasażer któregoś z wymienionych pojazdów;
 - b) jako rowerzysta;
 - c) jako pieszy.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

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

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

§ 4

Składka

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

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 6

Ustalenie i wypłata świadczenia

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, nie wyższej niż suma ubezpieczenia, niezależnie od kwoty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, wypłacanego na podstawie umowy ubezpieczenia, oraz od kwoty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie wypadku, wypłacanego na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku, o ile umowa ta jest zawarta.
2. Wypłata świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego następuje tylko w razie zaakceptowania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, wypłacanego w oparciu o postanowienia umowy ubezpieczenia w zakresie


podstawowym, oraz zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku, o ile zdarzenie to jest objęte odpowiedzialnością Towarzystwa.

3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba uprawniona zgodnie z o.w.u. do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
4. Osoba uprawniona jest obowiązana zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu;
 - 2) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu lub zajścia zdarzenia;
 - 3) opis wypadku oraz odnośne dokumenty dotyczące ustalenia okoliczności zdarzenia, w tym notatkę policyjną.

§ 7

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 75/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

(indeks GZ WZ 04)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 3) zgon Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu – zgon Ubezpieczonego w następstwie udaru niedokrwiennego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęzynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego.
Wyłączone są zgony w następstwie takich stanów chorobowych jak: udar spowodowany zatorem tłuszczowym, zatorem powietrznym, skutki choroby kesonowej, urazowe uszkodzenia centralnego układu nerwowego;
 - 4) zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca – zgon Ubezpieczonego w następstwie martwicy części mięśnia sercowego spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego tylko w razie zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa są objęte:
 - 1) zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca;
 - 2) zgon Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu.
4. Towarzystwo – niezależnie od wyłączeń dotyczących odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego określonych w umowie ubezpieczenia – jest zwolnione od odpowiedzialności, jeżeli zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;

- 2) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 3) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było zalecone przez lekarza;
 - 4) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
 - 5) próby samobójstwa, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.
5. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie 30 dni od wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

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

§ 4

Składka

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

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

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

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa na zasadach określonych w o.w.u., z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa w rocznicę polisy, następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 60. rok życia.

§ 6

Ustalenie i wypłata świadczenia

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
2. Wypłata świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu następuje tylko w razie zaakceptowania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, wypłacanego w oparciu o postanowienia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
3. Wypłata świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie zdarzenia uznanego przez Towarzystwo za zawał serca lub udar mózgu – wyklucza możliwość uznania tego zdarzenia za wypadek w rozumieniu dodatkowej

umowy ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku i wypłatę przez Towarzystwo świadczenia z tytułu ww. dodatkowej umowy ubezpieczenia.

4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona zgodnie z o.w.u. jako osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
5. Osoba uprawniona jest zobowiązana zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu,
 - 2) karta zgonu lub protokół badania sekcijnego, w którym została określona pierwotna przyczyna zgonu.

§ 7

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 76/2003z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia inwalidztwa Ubezpieczonego

(indeks GZ IN 04)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia inwalidztwa Ubezpieczonego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) inwalidztwo – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utratę zdrowia, w rezultacie których Ubezpieczony utracił zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz jest całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji;
 - 3) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.
- 7) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych wszelkich pojazdów silnikowych;
- 8) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniem lekarskim;
- 9) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było zalecone przez lekarza;
- 10) infekcji lub choroby powstałej przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczony;
- 11) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
- 12) próby samobójstwa, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte inwalidztwo Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w sytuacji, gdy inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a w szczególności w stanie utraty przytomności, ataku epilepsji, konwulsji;
 - 3) wypadku lotniczego; nie dotyczy to sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych ;
 - 4) popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU nr 88, poz. 553 z późn. zm.);
 - 5) wojny wypowiedzianej lub nie wypowiedzianej, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 6) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
4. Inwalidztwo zostaje uznane za inwalidztwo w następstwie wypadku, jeżeli nastąpi ono nie później niż po 180 dniach od zajścia wypadku.

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

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

§ 4

Składka

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

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym została zapłacona przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień o.w.u.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w o.w.u., z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego wygasa w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 60. rok życia.
4. Z dniem stwierdzenia inwalidztwa Ubezpieczonego przez Towarzystwo wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wszelkich dodatkowych umów ubezpieczenia względem tego Ubezpieczonego.

§ 6

Ustalenie i wypłata świadczenia

1. Z tytułu powstania inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz dokumentacja medyczna związana ze schorzeniem będącym przyczyną inwalidztwa.
3. Wystąpienie inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS.

§ 7

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 77/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie wypadku – pełna ochrona

(indeks GZ CP 04)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie wypadku – pełna ochrona (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) częściowe inwalidztwo – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utratę zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy, będące następstwem wypadku;
 - 2) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 3) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.,
 - 4) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego inwalidztwa i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

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

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

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

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

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

§ 4

Składka

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

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 6

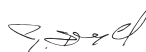
Ustalenie i wypłata świadczenia

1. Z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie.
2. Kwotę świadczenia, o którym mowa w ust. 1, stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia, odniesiony do procentu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień poniższych ustępów.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ustalenia w dodatkowej umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia wypłacanego z tytułu częściowego inwalidztwa.

4. Towarzystwo określa jako bezsporną taką część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wielkości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.
5. Bezsporna część świadczenia jest orzekana na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji
6. Stopień częściowego inwalidztwa powinien być ustalony w ostatecznej wysokości przez lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa, niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia wypadku.
7. Wystąpienie częściowego inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, z zastrzeżeniem że:
 - 1) procent częściowego inwalidztwa jest orzekany na podstawie tabeli oceny procentowej powypadkowego trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w Towarzystwie w dniu orzeczenia, która jest dostępna w siedzibie Towarzystwa, a na wniosek Ubezpieczającego jest mu bezzwłocznie przesyłana przez Towarzystwo;
 - 2) pogorszenie się stanu zdrowia Ubezpieczonego po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa nie stanowi podstawy do ponownego orzekania stopnia częściowego inwalidztwa;
 - 3) orzeczenie lekarza orzekającego Towarzystwa o wystąpieniu u Ubezpieczonego częściowego inwalidztwa w następstwie wypadku może podlegać weryfikacji przez regionalnego konsultanta medycznego Towarzystwa, w zakresie zgodności z procedurami orzekania.
8. Jeżeli skutek wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych lub psychicznych, to stopnie częściowego inwalidztwa zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% częściowego inwalidztwa.
9. Jeżeli skutek wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent częściowego inwalidztwa określa się jako różnicę między stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem a stanem po wypadku.
10. Towarzystwo zastrzega sobie prawo przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia częściowego inwalidztwa.
11. Przy ustalaniu procentu częściowego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
12. W razie zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego, stopień inwalidztwa zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego Towarzystwa mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.
13. Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania dla złagodzenia skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
14. Naruszenie obowiązków określonych w ust. 12 i 13 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.
15. W razie trzykrotnego niestawienia się Ubezpieczonego – bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawiennictwo, na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia częściowego inwalidztwa przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, pomimo trzykrotnego powiadomienia pismem przesłanym na ostatni podany przez Ubezpieczonego adres – Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia.
16. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty zawierające w szczególności:
 - 1) opis wypadku,
 - 2) wstępne orzeczenie lekarskie,
 - 3) przewidywany termin zakończenia leczenia z uwzględnieniem okresu rehabilitacji,
 - 4) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem).
17. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa, a następnie w ciągu sześciu miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon lub inwalidztwo Ubezpieczonego (objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowej inwalidztwa Ubezpieczonego), będące następstwem tego samego wypadku, wówczas:
 - 1) jeżeli świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa było niższe niż świadczenie z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego, to Towarzystwo pomniejszy świadczenie wypłacane z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego wcześniej z tytułu częściowego inwalidztwa;
 - 2) jeżeli świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa było wyższe niż świadczenie z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego, to Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 78/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie wypadku

(indeks GZ CI 05)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie wypadku (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) częściowe inwalidztwo – trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utratę zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy, będące następstwem wypadku;
 - 2) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 3) franszyza integralna – wskazany w dodatkowej umowie ubezpieczenia procent orzeczonego częściowego inwalidztwa w następstwie wypadku, poniżej którego Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności. Świadczenie wypłacane jest po przekroczeniu wskazanego procentu franszyzy integralnej;
 - 4) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 5) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego inwalidztwa i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

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

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

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

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

Składka

§ 4

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

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

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

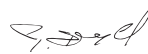
1. Z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie.
2. Na wniosek Ubezpieczającego, Towarzystwo może określić w dodatkowej umowie ubezpieczenia wysokość franszyzy integralnej.
3. Kwotę świadczenia, o którym mowa w ust. 1, stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia odniesiony do procentu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień poniższych ustępów.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo ustalenia w dodatkowej umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia wypłacanego z tytułu częściowego inwalidztwa.

5. Towarzystwo określa jako bezsporną taką część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wielkości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.
6. Bezsporna część świadczenia jest orzekana na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji
7. Stopień częściowego inwalidztwa powinien być ustalony w ostatecznej wysokości przez lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa, niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia wypadku.
8. Wystąpienie częściowego inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, z zastrzeżeniem że:
 - 1) procent częściowego inwalidztwa jest orzekany na podstawie tabeli oceny procentowej powypadkowego trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w Towarzystwie w dniu orzeczenia, która jest dostępna w siedzibie Towarzystwa, a na wniosek Ubezpieczającego jest mu bezzwłocznie przesyłana przez Towarzystwo;
 - 2) pogorszenie się stanu zdrowia Ubezpieczonego po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa nie stanowi podstawy do ponownego orzekania stopnia częściowego inwalidztwa.
 - 3) orzeczenie lekarza orzekającego Towarzystwa o wystąpieniu u Ubezpieczonego częściowego inwalidztwa w następstwie wypadku może podlegać weryfikacji przez regionalnego konsultanta medycznego Towarzystwa w zakresie zgodności z procedurami orzekania.
9. Jeżeli wskutek wypadku upośledzona została większa liczba funkcji fizycznych lub psychicznych, to stopnie częściowego inwalidztwa zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% częściowego inwalidztwa.
10. Jeżeli wskutek wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent częściowego inwalidztwa określa się jako różnicę między stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem a stanem po wypadku.
11. Towarzystwo zastrzega sobie prawo przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia częściowego inwalidztwa.
12. Przy ustalaniu procentu częściowego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
13. W razie zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego stopień inwalidztwa zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego Towarzystwa mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.
14. Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania dla złagodzenia skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
15. Naruszenie obowiązków określonych w ust. 13 i 14 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.
16. W razie trzykrotnego niestawienia się przez Ubezpieczonego bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawiennictwo na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia częściowego inwalidztwa przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, pomimo trzykrotnego powiadomienia pismem przesłanym na ostatni podany przez Ubezpieczonego adres, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia.
17. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, zawierające w szczególności:
 - 1) opis wypadku;
 - 2) wstępne orzeczenie lekarskie;
 - 3) przewidywany termin zakończenia leczenia z uwzględnieniem okresu rehabilitacji;
 - 4) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem).
18. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa, a następnie w ciągu sześciu miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon lub inwalidztwo Ubezpieczonego (objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowej inwalidztwa Ubezpieczonego), będące następstwem tego samego wypadku, wówczas:
 - 1) jeżeli świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa było niższe niż świadczenie z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego, to Towarzystwo pomniejszy świadczenie wypłacane z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego wcześniej z tytułu częściowego inwalidztwa;
 - 2) jeżeli świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa było wyższe niż świadczenie z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego, to Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 7/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania

(indeks GZ PZ 04)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej o.w.u.).
2. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 3) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu objawów choroby lub chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 3 pkt. 1), 2), 3), 4), 5) i 6) lub przebiecie zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w ust. 3 od pkt 7), 8) i 9) pod warunkiem, że objawy choroby lub chorób zdefiniowanych w ust. 3 pkt. 1), 2), 3), 4), 5) i 6) oraz choroby lub chorób będących przyczyną bezpośrednią lub pośrednią dokonania zabiegów operacyjnych, wskazanych w ust. 3 pkt. 7), 8) i 9) pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub chorób lub daty zabiegu operacyjnego (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych Warunkach).
3. W rozumieniu dodatkowej umowy ubezpieczenia poniższe terminy oznaczają:
 - 1) złośliwa choroba nowotworowa – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkina w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
 - 2) zawał serca – świeżą martwicę części mięśnia sercowego potwierdzoną wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały;
 - 3) udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego.

Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR);
 - 4) niewydolność nerek – mocznicę na skutek przewlekłej niewydolności nerek, wymagającą leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy, lub istnienia pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 5) całkowita utrata wzroku – całkowitą nieodwracalną utratę widzenia w obu oczach, potwierdzoną zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie;
 - 6) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - a) potwierdzenie rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - b) obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - c) obecność charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa);
 - 7) zabiegi kardiologiczne – zabiegi kardiologiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy pomostowania tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 8) zabiegi kardiologiczne na otwartym sercu – zabiegi kardiologiczne na otwartym sercu z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca, wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 9) przeszczep – przeszczep Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa § 2

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

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia § 3

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

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

Składka § 4

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa § 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po 3-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta została zawarta później niż data przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składek należnych za okres karencji i przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

Ustalenie i wypłata świadczenia § 6

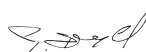
1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.
3. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za dokumenty takie uznaje się również wyniki badań, potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty rozpoznania choroby lub opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

5. W razie zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza, w zakresie i o częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Towarzystwa.
6. Przystępując do dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.
7. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne zdarzenia nie wynikają pośrednio lub bezpośrednio ze zdarzenia, za które wypłacono świadczenie.
8. Jeżeli powstanie inwalidztwa (objętego odpowiedzialnością na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia powstania inwalidztwa u Ubezpieczonego) i zdarzenie ubezpieczeniowe, z tytułu którego Ubezpieczony występuje z roszczeniem o wypłatę świadczenia na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, powstały z tej samej przyczyny, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz dodatkowej umowy ubezpieczenia inwalidztwa Ubezpieczonego jest ograniczona do wypłaty jednej kwoty w wysokości wyższego ze świadczeń przysługującego na podstawie powyższych umów.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 8/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu

(indeks GZ SU 04)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) choroba – reakcję organizmu na działania czynnika chorobotwórczego prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - 2) choroba psychiczna – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD -10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 4) obrażenia ciała – uszkodzenie narządów i układów narządów, będące następstwem wypadku lub wypadku przy pracy;
 - 5) szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego lub w innym organie uprawnionym do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego na terytorium RP, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych Warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska;
 - 6) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 7) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 8) wypadek przy pracy – zdarzenie odpowiadające przesłankom określonym w art. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (DzU z 2002 r. nr 199, poz. 1673, z późn. zm.), zaistniałe jedynie podczas wykonywania obowiązków wynikających z umowy o pracę, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego; zdarzenie to musi spełniać definicję wypadku określoną w ust. 2 pkt. 7 niniejszych Warunków;
 - 9) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na pobycie ubezpieczonego w szpitalu przez czas określony w niniejszych Warunkach w celu leczenia choroby lub doznanych obrażeń ciała, będących następstwem wypadku. Z zastrzeżeniem, iż czas pobytu ubezpieczonego w szpitalu w całości wystąpi w okresie ochrony świadczonej przez Towarzystwo i jednocześnie poza okresem karencji, o którym mowa w par 5 ust. 1 pkt 1.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe, zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt. 9) niniejszych Warunków.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu;
 - 2) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU nr 88, poz. 553, z późn. zm.);
 - 3) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 4) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 5) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 6) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 7) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - 8) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD -10 ;
 - 9) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
 - 10) kłęski żywiołowej lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - 11) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
 - 12) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 13) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 14) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu nie dopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego;
 - 15) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 16) pobytu Ubezpieczonego z dzieckiem, związanego z hospitalizacją dziecka.
 - 17) pobytu związanego z rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której leczenie to było prowadzone.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia § 3

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

Składka § 4

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa § 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego:
 - 1) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych chorobą rozpoczyna się po 1-miesięcznym okresie karencji od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta została zawarta później niż data przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 2) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych obrażeniami ciała lub odbytem porodem rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia z zastosowaniem zapisów § 6 ust.2.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego zaczyna się zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego zapłacona składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w o.w.u.

Ustalenie i wypłata świadczenia § 6

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień zawartych w ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego, trwał co najmniej:
 - 1) 5 pełnych dni – jeżeli był spowodowany chorobą lub wypadkiem innym niż wypadek przy pracy, pod warunkiem że pierwszy dzień pobytu wypadł w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 2) 1 pełny dzień – jeżeli był spowodowany obrażeniami ciała doznanymi przez Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy;
 - 3) 10 pełnych dni – jeżeli był spowodowany odbytem porodem, pod warunkiem że pierwszy dzień pobytu wypadł w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego.
3. Maksymalna wysokość świadczenia Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego, nie może przekroczyć świadczenia za 60 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od zakończenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
5. Ubezpieczony jest zobowiązany do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, w szczególności karty informacyjnej leczenia szpitalnego. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty opuszczenia szpitala. Nietrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

Postanowienia końcowe § 7

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 9/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku

(indeks GZ SNW 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) obrażenia ciała – uszkodzenie narządów i układów narządów będące następstwem wypadku lub wypadku przy pracy;
 - 3) szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego lub w innym organie uprawnionym do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego na terytorium RP, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
Za szpital w rozumieniu niniejszych Warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska;
 - 4) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 5) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 6) wypadek przy pracy – zdarzenie odpowiadające przesłankom określonym w art. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (DzU z 2002 r. nr 199, poz. 1673, z późn. zm.), zaistniałe jedynie podczas wykonywania obowiązków wynikających z umowy o pracę, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego; zdarzenie to musi spełniać definicję wypadku określoną w ust. 2 pkt. 7 niniejszych Warunków;
 - 7) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na pobycie Ubezpieczonego w szpitalu przez czas określony w niniejszych Warunkach w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku. Z zastrzeżeniem, iż czas pobytu ubezpieczonego w szpitalu w całości wystąpi w okresie ochrony świadczonej przez Towarzystwo.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt 7) niniejszych

Warunków.

3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu;
 - 2) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU nr 88, poz. 553, z późn. zm.);
 - 3) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 4) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 5) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 6) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 7) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - 8) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD -10;
 - 9) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
 - 10) kłęski żywiołowej lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - 11) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
 - 12) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 13) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 14) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu nie dopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego;
 - 15) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia § 3

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

4. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Składka

§ 4

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego zaczyna się zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego zapłacona składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w o.w.u.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień zawartych w ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego trwał


co najmniej:

- 1) 5 pełnych dni – jeżeli był spowodowany wypadkiem innym niż wypadek przy pracy, pod warunkiem że pierwszy dzień pobytu wypadł w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 2) 1 pełny dzień – jeżeli był spowodowany obrażeniami ciała doznanymi przez Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy;
3. Maksymalna wysokość świadczenia Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego, nie może przekroczyć świadczenia za 60 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
 4. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od zakończenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
 5. Ubezpieczony jest zobowiązany do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, w szczególności karty informacyjnej leczenia szpitalnego oraz dokumentacji związanej z okolicznościami zajścia zdarzenia wypadkowego (tj. odpowiednio protokół BHP, notatka policyjna z miejsca zdarzenia i inne). Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 10/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia operacyjnego Ubezpieczonego

(indeks GZ LO 02)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia operacyjnego Ubezpieczonego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) choroba – reakcję organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - 2) choroba psychiczna – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD -10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - 3) diagnoza – określenie medyczne stanu chorobowego wymagającego leczenia operacyjnego;
 - 4) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 5) hospitalizacja – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia operacyjnego;
 - 6) obrażenia ciała – uszkodzenie narządów i tkanek będące następstwem wypadku;
 - 7) szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w rejestrze wydziału zdrowia stosownego urzędu wojewódzkiego lub w rejestrze innego uprawnionego organu państwowego jako świadczący usługi medyczne wraz z leczeniem operacyjnym i posiadający co najmniej jedną salę operacyjną spełniającą wymogi określone w rozporządzeniu ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 21 września 1992 (DzU z 1992 r. nr 74, poz. 336 z późn. zmianami);
 - 8) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 9) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 10) zabieg operacyjny – leczenie chirurgiczne przeprowadzone w trakcie hospitalizacji, a według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia stanu chorobowego zdiagnozowanego u Ubezpieczonego i określonego w dokumentacji medycznej, z wyłączeniem następujących zabiegów operacyjnych:
 - a) prowadzonych w celach diagnostycznych,
 - b) nie wymagających naruszenia ciągłości powłok ciała (jak np. zabiegi endoskopowe),
 - c) wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych,
 - d) przeprowadzonych z zastosowaniem jedynie znieczulenia miejscowego,
 - e) dotyczących tylko skóry i tkanki podskórnej,
 - f) przeprowadzonych w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków

wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,

g) cięcia cesarskiego;

- 11) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na poddaniu się przez Ubezpieczonego zabiegowi operacyjnemu określone w załączniku do niniejszych Warunków, związanemu ze stwierdzoną chorobą lub z doznanymi obrażeniami ciała będącymi następstwem wypadku.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

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

§ 4

Składka

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

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

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

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa:
 - 1) w odniesieniu do zdarzeń związanych z chorobą – w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 60. rok życia;
 - 2) w odniesieniu do zdarzeń związanych z obrażeniami ciała spowodowanymi następstwem wypadku – w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

§ 6

Ustalenie i wypłata świadczenia

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień zawartych w ust. 2, 3 i 4.
2. Wysokość świadczenia zostanie ustalona w zależności od określonej w załączniku do niniejszych Warunków kategorii trudności leczenia operacyjnego, jakiemu został poddany Ubezpieczony:
 - 1) wysokość świadczenia za operacje kategorii A jest równa kwocie bazowej wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia;
 - 2) wysokość świadczenia za operacje kategorii B jest równa dwukrotności kwoty bazowej wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia;
 - 3) wysokość świadczenia za operacje kategorii C jest równa trzykrotności kwoty bazowej wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ustalenia w umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia wypłacanego według każdej z kategorii trudności leczenia operacyjnego.
4. Świadczenie z tytułu leczenia operacyjnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu niezależnie od świadczenia przysługującego z tytułu innej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa dotyczy tylko pierwszego leczenia operacyjnego wykonanego w ramach leczenia stanu chorobowego określonego tą samą diagnozą w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
6. Jeżeli w czasie jednego pobytu Ubezpieczonego w sali operacyjnej zostanie wykonane więcej niż jedno leczenie operacyjne dotyczące kilku narządów, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie należne za leczenie operacyjne narządu zakwalifikowane do wyższej kategorii trudności, według załącznika.
7. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zakończenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, w szczególności karty informacyjnej leczenia szpitalnego. W przypadku zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową będących konsekwencją wypadku konieczne jest dołączenie dokumentów precyzujących okoliczności wypadku, np. notatki policyjnej. Wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo powinny zostać dostarczone w terminie

nie późniejszym niż 30 dni od daty opuszczenia szpitala.
Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę wypłaty świadczenia.

§ 7

Postanowienia końcowe

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

2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 82/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia operacyjnego Ubezpieczonego o indeksie GZ LO 02 – kategorie trudności leczenia operacyjnego

I. Zabiegi operacyjne na układzie nerwowym

1. Nacięcie i wycięcie w obszarze czaszki, mózgu i opon mózgowych
2. Inne zabiegi operacyjne na czaszce, mózgu i oponach mózgowych
3. Zabiegi operacyjne na rdzeniu kręgowym i strukturach kanału kręgowego
4. Zabiegi operacyjne na nerwach czaszkowych i obwodowych
5. Zabiegi operacyjne na nerwach sympatycznych lub zwojach nerwowych

II. Zabiegi operacyjne w zakresie układu wydzielania zewnętrznego

1. Zabiegi operacyjne tarczycy i przytarczyc
2. Zabiegi operacyjne w zakresie innych gruczołów dokrewnych

III. Zabiegi operacyjne w zakresie oka

1. Zabiegi operacyjne w zakresie powiek, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego rekonstrukcji powiek
2. Zabieg operacyjny rekonstrukcji powiek
3. Zabiegi operacyjne w zakresie układu łzowego
4. Zabiegi operacyjne w zakresie spojówki
5. Zabiegi operacyjne w zakresie rogówki
6. Zabiegi operacyjne w zakresie tęczówki, ciała rzęskowego, twardówki i komory przedniej oka
7. Zabiegi operacyjne w zakresie soczewki
8. Zabiegi operacyjne w zakresie siatkówki, naczyniówki, ciała szklistego i tylnej komory oka
9. Zabiegi operacyjne w zakresie mięśni okoruchowych
10. Zabiegi operacyjne w zakresie gałek ocznych

IV. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha

1. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha zewnętrznego
2. Zabiegi rekonstrukcyjne w zakresie ucha środkowego
3. Inne zabiegi operacyjne w zakresie ucha środkowego
4. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha wewnętrznego

V. Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła

1. Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła
2. Zabiegi operacyjne w zakresie zatok obocznych nosa, z wyjątkiem punkcji
3. Zabiegi operacyjne w zakresie ślinianek i przewodów ślinowych

VI. Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego

1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych w zakresie krtani i tchawicy
2. Zabiegi operacyjne w zakresie krtani i tchawicy, z wykluczeniem tracheostomii

VII. Zabiegi operacyjne na układzie sercowo-naczyniowym

1. Zabiegi operacyjne na układzie sercowo-naczyniowym, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych podwiązania i wycięcia żyłaków oraz zabiegowego leczenia tętniaków pourazowych, naczyniaków, przetok tętniczo-żylnych
2. Zabiegi operacyjne podwiązania i wycięcia żyłaków
3. Zabiegowe leczenie tętniaków pourazowych, naczyniaków, przetok tętniczo-żylnych

VIII. Zabiegi operacyjne w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego

- | | | |
|---|---|---|
| C | 1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego, z wykluczeniem biopsji szpiku | A |
| C | 2. Zabiegi operacyjne rekonstrukcyjne układu limfatycznego | B |

IX. Operacje w zakresie układu trawiennego

- | | | |
|---|--|---|
| B | 1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu trawiennego, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych na wyrostku robaczkowym, zabiegów operacyjnych odbytu oraz zabiegów operacyjnych naprawczych przepuklin | B |
| B | 2. Zabiegi operacyjne na wyrostku robaczkowym | A |
| B | 3. Zabiegi operacyjne odbytu | A |
| B | 4. Zabiegi operacyjne naprawcze przepuklin | A |

X. Operacje w zakresie układu moczowego

- | | | |
|---|--|---|
| C | 1. Zabiegi operacyjne nerki | B |
| C | 2. Zabiegi operacyjne moczowodu | B |
| C | 3. Zabiegi operacyjne cewki moczowej | B |
| C | 4. Zabiegi operacyjne stulejki i zwężenia ujścia zewnętrznego cewki moczowej | A |
| C | 5. Zabiegi operacyjne odtwórcze pęcherza moczowego | C |
| C | 6. Inne zabiegi operacyjne w obrębie układu moczowego | A |

XI. Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych

- | | | |
|---|---|---|
| B | 1. Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych | A |
| B | 2. Zabiegi operacyjne spodziectwa | B |

XII. Zabiegi operacyjne i operacje ginekologiczne

- | | | |
|---|---|---|
| B | 1. Zabiegi operacyjne żeńskich narządów płciowych | A |
| B | 2. Zabiegi operacyjne dotyczące macicy z naruszeniem ciągłości pełnej grubości ściany trzonu macicy | B |
| B | 3. Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy | B |

XIII. Zabiegi położnicze

- | | | |
|---|---|---|
| C | Zabiegi położnicze, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego cięcia cesarskiego | A |
|---|---|---|

XIV. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i zabiegi operacyjne na więzadłach

- | | | |
|---|--|---|
| A | 1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i zabiegi na więzadłach | B |
| B | 2. Zabiegi operacyjne w zakresie kręgosłupa z wyłączeniem zabiegów operacyjnych krążka międzykręgowego | B |
| B | 3. Zabiegi operacyjne krążka międzykręgowego z naruszeniem ciągłości łuku kręgu | B |
| C | 4. Zabiegi operacyjne wyłącznie na tkankach miękkich poza więzadłami | A |
| B | 5. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i więzadeł dłoni i stóp | A |

XV. Zabiegi operacyjne na powłokach ciała

- | | | |
|---|---|---|
| C | 1. Zabiegi operacyjne na powłokach ciała, z wyłączeniem zabiegów w zakresie skóry i tkanki podskórnej | A |
| B | 2. Mastektomia totalna | B |

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej

(indeks GZ CZ 03)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej o.w.u.).
2. Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) choroba zawodowa – jedna z chorób określonych w wykazie chorób zawodowych będącym załącznikiem do niniejszych Warunków, której wystąpienie jest bezpośrednio związane z wykonywaną przez Ubezpieczonego pracą zawodową;
 - 2) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 3) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 4) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowie-dzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego całkowitej bądź częściowej niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej, potwierdzonej orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS oraz lekarza Towarzystwa.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

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

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

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

§ 4

Składka

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

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 6

Ustalenie i wypłata świadczenia

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należy w szczególności:
 - 1) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej;
 - 2) orzeczenie lekarskie w sprawie choroby zawodowej (o ile obowiązujące przepisy prawa przewidują wydawanie takiego dokumentu).

3. Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty medyczne, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
4. Niezdolność do pracy z powodu choroby zawodowej stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa na podstawie orzeczenia ZUS.
5. W razie zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza, w zakresie i o częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Towarzystwa.
6. Przystępując do dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgnięcia wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich informacji uzasadnionych procesem rozpatrywania roszczenia i wymaganych przez Towarzystwo.
7. Jeżeli jakiegokolwiek zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa w zakresie podstawowym lub w zakresie rozszerzonym i zdarzenie ubezpieczeniowe, z tytułu którego Ubezpieczony występuje z roszczeniem o wypłatę świadczenia na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, wystąpiły z tej samej przyczyny, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wymienionych wyżej jest ograniczona do wypłaty jednej kwoty, w wysokości wyższego ze świadczeń.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 83/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej o indeksie GZ CZ 03 – wykaz chorób zawodowych

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Opiekuńczych dla Ubezpieczonego, Współmałżonka Ubezpieczonego lub Dziecka Ubezpieczonego

(indeks GZ AU 04)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „o.w.u.”).
2. Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) centrum operacyjne: Elvia Assistance sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Solec 22 – przedstawiciela Towarzystwa udzielającego świadczeń opiekuńczych, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Towarzystwo za pośrednictwem Ubezpieczającego;
 - 2) choroba – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - 3) zdarzenie ubezpieczeniowe- zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego choroby zdefiniowanej w ust. 2 pkt 2 lub doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 5) dziecko – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego w wieku do 20 lat;
 - 6) lekarz uprawniony – lekarza konsultanta centrum operacyjnego;
 - 7) sprzęt rehabilitacyjny – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
 - 8) placówka medyczna – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP;
 - 9) urodzenie martwego Dziecka — urodzenie się noworodka martwego, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia, którego Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka;
 - 10) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.
 - 11) współmałżonek – osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim.
 - 12) choroba przewlekła – choroba o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje,
 - 13) choroba psychiczna – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

- 14) nieszczęśliwy wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego.

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie i życie:
 - 1) Ubezpieczonego,
 - 2) współmałżonka Ubezpieczonego;
 - 3) dziecka Ubezpieczonego zamieszkującego wspólnie z Ubezpieczonym.
2. Na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązuje się do świadczeń opiekuńczych zdefiniowanych w § 3.

Zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Polski:
 - 1) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 2 pkt. 3,
 - 2) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) świadczenia gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego takich jak:
 - a) zgon dziecka lub urodzenie martwego dziecka,
 - b) zgon współmałżonka,
 - c) choroba Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego.
 - 4) zdrowotne usługi informacyjne.
2. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 1) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji gdy Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia. Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 100 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 2) transport medyczny z miejsca zachorowania do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego, współmałżonka

Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

- 3) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego przebywali w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 4) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej w przypadku gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; gdy Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 5) organizację procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymagają rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej. Towarzystwo zapewnia:
 - zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowegoalbo
 - zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego
- 6) organizację wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu. Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo:
 - organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 200 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowegooraz
 - pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 200 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego

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

- 1) wizytę lekarską – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 2) wizytę pielęgniarki – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku.
4. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 3) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego pomoc psychologa. Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu 500 złotych w odniesieniu do jednej sytuacji losowej. Towarzystwo na prośbę Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.
5. Limity kosztów określonych w ust. 2, 3 i 4 odnoszą się oddzielnie do Ubezpieczonego, Współmałżonka Ubezpieczonego i Dziecka Ubezpieczonego. W trakcie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej limity mogą być wykorzystywane pod warunkiem, że wykorzystanie to dotyczy różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
6. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wyżej wymienionych usług decyduje uprawniony lekarz.
7. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń opiekuńczych przekroczy limit kosztów określony w Warunkach, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego, dziecko Ubezpieczonego lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem.
8. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 3) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego:
- 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania,
 - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp,
 - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - 5) informację medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych.

- 6) Informacje o dietach, zdrowym żywieniu,
 - 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania
9. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem §7 ust. 5;
 - 3) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie);
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - c) pozostawiania Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - d) chorób psychicznych
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - h) poddania się przez Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS).
 - k) chorób przewlekłych
 - 6) Zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Polski

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia §4

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do najbliższej rocznicy polisy po dacie zawarcia.

3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, o ile przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu niezależnie od postanowień OWU, jeżeli jedna ze stron złoży drugiej stronie najpóźniej w 30 dniu przed rocznicą polisy oświadczenie o nieprzedłużaniu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.

Składka § 5

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa § 6

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

Ustalenie i spełnienie świadczeń Towarzystwa § 7

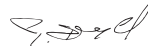
1. W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.
2. Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) adres zamieszkania,
 - c) numer polisy,
 - d) okres ubezpieczenia,
 - e) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - f) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - g) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.

4. W przypadku gdy Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach powyższych Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
5. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami pokryli koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 2), 3), 4) 5), i 6) Towarzystwo może zwrócić Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego, w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.
6. Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 5 rozumie się:
 - 1) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 3) – datę wypisu ze szpitala;
 - 2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 5) i pkt 6) – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u..
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 11/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych w związku z utratą pracy przez Ubezpieczonego z przyczyn dotyczących Pracodawcy

(indeks GZ UP 01)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych w związku z utratą pracy przez Ubezpieczonego z przyczyn dotyczących Pracodawcy (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej o.w.u.), zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna (zwane dalej Towarzystwem).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) centrum operacyjne: Elvia Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Solec 22 – przedstawiciela Towarzystwa udzielającego świadczeń opiekuńczych, którego numer telefonu i faksu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Towarzystwo w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia;
 - 2) datę wypowiedzenia umowy o pracę: datę wskazaną w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy o pracę;
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia: umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 4) karencja: wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, przez okres wskazany w niniejszych Warunkach;
 - 5) Pracodawca: osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczonym umowę o pracę na czas nieokreślony, lub na czas określony jednak nie krótszy niż 6 miesięcy;
 - 6) umowa ubezpieczenia: umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 7) zdarzenie ubezpieczeniowe: zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na utracie pracy przez Ubezpieczonego w związku z otrzymaniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy o pracę z Ubezpieczonym przez Pracodawcę z przyczyn dotyczących Pracodawcy, (w szczególności: ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości czy likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych), i związane z tym pogorszenie się stanu zdrowia ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na zapewnieniu Ubezpieczonemu, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 3, ust. 1 i 2 realizowanych przez Towarzystwo za pośrednictwem centrum operacyjnego.

3. Warunkiem uzyskania świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 3, ust. 1 jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 1, ust. 2 pkt 7) potwierdzonego oświadczeniem dokumentującym wypowiedzenie umowy o pracę z innych przyczyn niż wina pracownika lub wypowiedzenie przez pracownika umowy o pracę.

§ 3

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze przysługujące Ubezpieczonemu w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego opisanego w § 1, ust. 2 pkt 7:
 - 1) pakiet informacyjny – centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przy zachowaniu postanowień § 7, ust. 1 wysła do Ubezpieczonego zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) instrukcje dotyczące pisania CV oraz wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV),
 - b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego, (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego
 - c) instrukcje dotyczące pisania biznes planu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznes planu
 - 2) informacja telefoniczna – Ubezpieczony przy zachowaniu postanowień § 7, ust. 1, ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do następujących informacji:
 - a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy,
 - b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne,
 - c) prawa i obowiązki bezrobotnych,
 - d) rejestracja w urzędzie pracy,
 - e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych,
 - f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych,
 - g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym,
 - h) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej ,
 - i) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - j) dokumenty i procedury, konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej,
 - 3) aktywne poszukiwanie pracy – centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpieczonego bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy, biura pośrednictwa (lub centrum operacyjne) niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu. Towarzystwo zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym w zakresie opisanym w § 3, ust. 1 pkt 3) przez okres 6 – ciu miesięcy

liczonym od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zachowaniem postanowień § 7, ust. 1 i 2 niniejszych Warunków.

- 4) pomoc psychologa po utracie pracy – centrum operacyjne zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 150 zł. Termin i miejsce wizyty uzgadnia centrum operacyjne z Ubezpieczonym, przy zachowaniu postanowień § 7, ust. 1 i 2.
2. Towarzystwo na wniosek Ubezpieczonego świadczy poprzez centrum operacyjne usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6. miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje usług w zakresie świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 3, ust. 1 poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia §4

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

Składka §5

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa § 6

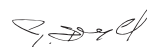
1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po 3 – miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta zawarta została później niż data przystąpienia do umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składek należnych za okres karencji i przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.
2. W uzasadnionych przypadkach, na pisemny wniosek Ubezpieczającego, Towarzystwo może odstąpić od stosowania okresu karencji.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa:
 - a) po upływie 6 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego
 - b) na zasadach określonych w § 9, ust. 2 pkt 1), 3), 4), 5) o.w.u.

Ustalenie i spełnienie świadczeń Towarzystwa § 7

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zobowiązany jest w ciągu 30 dni od daty wypowiedzenia umowy o pracę umieszczonej w oświadczeniu o wypowiedzeniu przesłać do centrum operacyjnego kopię tego oświadczenia oraz skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
2. Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - c) numer polisy,
 - d) okres ubezpieczenia,
 - e) datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego
 - f) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym,
 - g) inne informacje konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w §7, ust. 1 i 2, . Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

Postanowienia końcowe § 8

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 12/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego

(indeks GZ ZM 04)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 3) współmałżonek – osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

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

§ 4

Składka

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

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 6


Ustalenie i wypłata świadczenia

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

§ 7

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 85/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku

(indeks GZ ZN 03)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 3) współmałżonek – osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim;
 - 4) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu i nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności wynikającej z umowy dodatkowej.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

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

§ 4

Składka

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

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 6


Ustalenie i wypłata świadczenia

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

§ 7

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 86/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u współmałżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania

(indeks GZ PW 04)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u współmałżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej o.w.u.).
2. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 3) współmałżonek – osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim;
 - 4) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u współmałżonka objawów choroby lub chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 3 pkt 1), 2), 3), 4), 5) i 6) lub przebycie przez współmałżonka zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w ust. 3 pkt. 7), 8) i 9) pod warunkiem że objawy choroby lub chorób zdefiniowanych w ust. 3 pkt. 1), 2), 3), 4), 5) i 6) oraz choroby lub chorób będących przyczyną bezpośrednią lub pośrednią dokonania zabiegów operacyjnych, wskazanych w ust. 3 pkt. 7), 8) i 9), pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a współmałżonek pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub daty zabiegu operacyjnego (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych warunkach).
3. W rozumieniu dodatkowej umowy ubezpieczenia poniższe terminy oznaczają:
 - 1) złośliwa choroba nowotworowa – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkina w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
 - 2) zawał serca – świeża martwica części mięśnia sercowego potwierdzoną wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia są wyłączone przypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pełną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały;
 - 3) udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego.

Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR);
 - 4) niewydolność nerek – mocznicę na skutek przewlekłej niewydolności nerek, wymagającą leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy, lub istnienie pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 5) całkowita utrata wzroku – całkowitą nieodwracalną utratę widzenia w obu oczach, potwierdzoną zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie;
 - 6) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym – pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - a) potwierdzenie rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - b) obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - c) obecność charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa);
 - 7) zabiegi kardiochirurgiczne – zabiegi kardiochirurgiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy pomostowania tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej. Wykonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 8) zabiegi kardiochirurgiczne na otwartym sercu – zabiegi kardiochirurgiczne na otwartym sercu z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca, wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 9) przeszczep – przeszczep współmałżonkowi jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa § 2

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

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia § 3

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

przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

- Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
- Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 4

- Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
- Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
- Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płacona przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do współmałżonka danego Ubezpieczonego rozpoczyna się po 3-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta została zawarta później niż data przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składek należnych za okres karencji i przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa w rocznicę polisy, następującą po dniu, w którym współmałżonek ukończył 65. rok życia przy zachowaniu postanowień o.w.u.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

- W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
- W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego współmałżonek powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za takie dokumenty uznaje się również wyniki badań współmałżonka, potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty rozpoznania choroby lub opuszczenia szpitala. Nietrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.
- W razie zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny uzyskanych informacji medycznych oraz

możliwość poddania współmałżonka obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza, w zakresie i o częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Towarzystwa.


6. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli współmałżonek nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.
7. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia

kolejnych zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne zdarzenia nie wynikają pośrednio lub bezpośrednio ze zdarzenia, za które wypłacono świadczenie.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 13/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia częściowego inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku

(indeks GZ IW 04)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia częściowego inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) częściowe inwalidztwo – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utratę zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy, będące następstwem wypadku;
 - 2) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 3) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 4) współmałżonek – osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim;
 - 5) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia współmałżonka, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego inwalidztwa i nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

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

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

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

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

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

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

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

Składka

§ 4

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do współmałżonka danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, gdy została zapłacona przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, należna Towarzystwu w odniesieniu do Ubezpieczonego, którego współmałżonek ma być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa współmałżonka wygasa na zasadach określonych w o.w.u., z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu częściowego inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego wygasa w rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym współmałżonek Ubezpieczonego ukończył 65. rok życia.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6


1. Z tytułu częściowego inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. Kwotę świadczenia, o którym mowa w ust. 1, stanowi 1% sumy ubezpieczenia za każdy procent częściowego inwalidztwa

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

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 14/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego po zgonie Ubezpieczonego

(indeks GZ ZU 04)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia zgonu współmałżonka Ubezpieczonego po zgonie Ubezpieczonego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dziecko Ubezpieczonego – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zgonu współmałżonka pozostawało pod władzą rodzicielską lub opieką współmałżonka:
 - a) w wieku do 18 lat,
 - b) bez względu na wiek, jeżeli dziecko jest trwale niezdolne do pracy zarobkowej;
 - 2) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 3) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 4) współmałżonek – osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim; za współmałżonka uważa się również osobę będącą przedstawicielem ustawowym dziecka Ubezpieczonego po śmierci Ubezpieczonego;
 - 5) przedstawiciel ustawowy – osobę umocowaną do działania w imieniu osieroconego dziecka.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

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

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

§ 4

Składka

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

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 6

Umowa ubezpieczenia na życie współmałżonka Ubezpieczonego

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zajścia zdarzenia zgonu Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności wynikającym z dodatkowej umowy ubezpieczenia polega – z zastrzeżeniem ust. 2 – na objęciu ochroną ubezpieczeniową życia współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową życia współmałżonka Ubezpieczonego następuje na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia, zawartej przez Towarzystwo ze współmałżonkiem Ubezpieczonego w trybie i na warunkach wskazanych przez Towarzystwo. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka Ubezpieczonego jest:
 - 1) akceptacja przez Towarzystwo roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, na podstawie umowy ubezpieczenia;

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

§ 7

Ustalenie i wypłata świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka Ubezpieczonego

1. W razie zgonu współmałżonka Ubezpieczonego – gdy to zdarzenie jest objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia na życie współmałżonka Ubezpieczonego, o której mowa w § 6 ust. 2 – Towarzystwo wypłaci świadczenie wszystkim dzieciom Ubezpieczonego, spełniającym warunki, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1).
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wynosi łącznie 100% sumy ubezpieczenia, o jakiej mowa w § 6 ust. 6, i zostanie podzielone w równych częściach pomiędzy wszystkie dzieci Ubezpieczonego.

§ 8

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 89/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego

(indeks GZ ZR 05)

Postanowienia końcowe

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia zgonu rodzica Ubezpieczonego i rodzica współmałżonka Ubezpieczonego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) rodzic – ojca lub matkę Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego oraz macochę i ojczyma Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu zapisów o.w.u.;
 - 3) matka – matkę naturalną;
 - 4) macocha – osobę, z którą ojciec Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci matki naturalnej Ubezpieczonego lub odpowiednio matki naturalnej współmałżonka Ubezpieczonego lub osobę, która pozostawała w związku małżeńskim z ojcem naturalnym w chwili jego śmierci;
 - 5) ojciec – ojca naturalnego;
 - 6) ojczym – osobę, z którą matka Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci ojca naturalnego Ubezpieczonego lub odpowiednio ojca naturalnego współmałżonka Ubezpieczonego, lub osobę, która pozostawała w związku małżeńskim z matką naturalną w chwili jej śmierci;
 - 7) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 8) współmałżonek – osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

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

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

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

Składka

§ 4

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

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

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

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

2. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego;
 - 2) kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) w razie zgonu rodzica współmałżonka Ubezpieczonego odpis lub poświadczona kopia aktu małżeństwa Ubezpieczonego.
3. W całym okresie odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego odpowiedzialność ogranicza się do wypłaty czterech świadczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia z uwzględnieniem wszystkich okresów objęcia ochroną w ramach grupowego ubezpieczenia na życie.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 16/2005 z dnia 28 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu rodzica Ubezpieczonego

(indeks GZ ZRU 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia zgonu rodzica Ubezpieczonego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) rodzic – ojca lub matkę Ubezpieczonego oraz macochę i ojczyma w rozumieniu zapisów o.w.u.;
 - 3) matka – matkę naturalną;
 - 4) macocha – osobę, z którą ojciec Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci matki naturalnej Ubezpieczonego lub osobę, która pozostawała w związku małżeńskim z ojcem naturalnym w chwili jego śmierci;
 - 5) ojciec – ojca naturalnego;
 - 6) ojczym – osobę, z którą matka Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci ojca naturalnego Ubezpieczonego lub osobę, która pozostawała w związku małżeńskim z matką naturalną w chwili jej śmierci;
 - 7) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

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

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego tylko jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym lub w każdą rocznicę polisy w rozumieniu o.w.u.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu

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

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

Składka

§ 4

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

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

Ustalenie i wypłata świadczenia

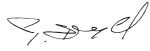
§ 6

1. Z tytułu zgonu rodzica Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu rodzica Ubezpieczonego
 - 2) kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
2. W całym okresie odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego odpowiedzialność ogranicza się do wypłaty dwóch świadczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia z uwzględnieniem wszystkich okresów objęcia ochroną w ramach grupowego ubezpieczenia na życie.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 16/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu

(indeks GZ UD 05)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) data zdarzenia - datę urodzenia i przysposobienia pełnego nierozwiązywalnego dziecka wskazaną w akcie urodzenia lub datę wskazaną w orzeczeniu sądu opiekuńczego w przypadku przysposobienia pełnego, nie będącego przysposobieniem nierozwiązywalnym;
 - 2) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 3) urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu – urodzenie się dziecka, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka lub pełne (w tym pełne nierozwiązywalne) przysposobienie dziecka przez Ubezpiezonego w rozumieniu przepisów Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego (Dz. U. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.);
 - 4) bank krwi – NOVUM Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Bocianiej 13, podmiot świadczący usługi przechowywania krwi pępowinowej w banku krwi.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonemu lub przysposobienie pełne (w tym pełne nierozwiązywalne) dziecka przez Ubezpiezonego.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3

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

Składka

§ 4

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po 6-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta została zawarta później niż data przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składek należnych za okres karencji i przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu wygasa na zasadach określonych w o.w.u.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w kwocie określonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony może wskazać jedną z form wypłaty całości świadczenia oferowaną przez Towarzystwo:
 - 1) wypłatę świadczenia bezpośrednio Ubezpieczonemu w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia,
 - 2) częściowe pokrycie kosztów zdeponowania krwi pępowinowej, zawierającej komórki macierzyste, w banku krwi, w kwocie odpowiadającej wysokości świadczenia wskazanego w dodatkowej umowie ubezpieczenia
3. Sposób wypłaty świadczenia wskazany w ust. 2 pkt. 2 może być zrealizowany pod warunkiem wcześniejszego zawarcia umowy pomiędzy bankiem krwi a Ubezpieczonym, w terminie wskazanym przez bank krwi w zakresie przechowywania krwi pępowinowej.
4. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należy w szczególności odpis lub poświadczona kopia aktu urodzenia dziecka oraz w przypadku przysposobienia pełnego (nie będącego przysposobieniem pełnym nierozwiązywalnym) orzeczenie sądu opiekuńczego.

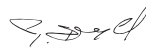
5. W przypadku wypłaty świadczenia w formie, o której mowa w ust. 2 pkt. 2 niezbędne jest wpisanie na wniosku o wypłatę świadczenia Banku Krwi Novum – jako odbiorcy świadczenia oraz podanie jego numeru rachunku bankowego na który ma być zrealizowany przelew.

Postanowienia końcowe

§ 7

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

2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 17/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zgonu dziecka Ubezpieczonego i urodzenia się martwego dziecka

(indeks GZ ZD 04)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia zgonu dziecka Ubezpieczonego i urodzenia się martwego dziecka (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) dziecko Ubezpieczonego – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego:
 - a) w wieku do 20 lat,
 - b) bez względu na wiek, jeżeli dziecko jest trwale niezdolne do pracy zarobkowej;
 - 3) martwe dziecko – noworodka martwego zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego;
 - 4) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 5) urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonego – urodzenie się martwego dziecka, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

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

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

§ 4

Składka

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

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 6

Ustalenie i wypłata świadczenia

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

§ 7

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 92/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego

(indeks GZ OD 04)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) dziecko Ubezpieczonego – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego:
 - a) w wieku do 20 lat,
 - b) bez względu na wiek, jeżeli dziecko jest trwale niezdolne do pracy zarobkowej;
 - 3) osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego – zgon Ubezpieczonego, który nastąpił przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz dodatkowo:
 - a) przed osiągnięciem przez dziecko 20. roku życia,
 - b) bez względu na wiek dziecka Ubezpieczonego, jeżeli jest ono całkowicie niezdolne do pracy zarobkowej;
 - 4) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

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

§ 4

Składka

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

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 6


Ustalenie i wypłata świadczenia

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

§ 7

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 93/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku..



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia z wypłatą renty miesięcznej w razie osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego

(indeks GZ OR 02)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia z wypłatą renty miesięcznej w razie osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego – zgon Ubezpieczonego, który nastąpił przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz dodatkowo przed osiągnięciem przez dziecko 20. roku życia;
 - 3) osierocone dziecko – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które nie ukończyło 20. roku życia;
 - 4) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 5) renta – świadczenie miesięczne dla każdego osieroconego dziecka, wypłacane przez Towarzystwo w razie śmierci Ubezpieczonego;
 - 6) termin wypłaty renty – pierwszy dzień miesiąca po spełnieniu postanowień § 6 o.w.u.;
 - 7) okres wypłaty – okres wypłaty osieroconemu dziecku 60 rent miesięcznych;
 - 8) przedstawiciel ustawowy – osobę umocowaną do działania w imieniu osieroconego dziecka.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązuje się wypłacać rentę na rzecz każdego osieroconego dziecka przez okres wypłaty w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że zgon Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wypłata świadczenia z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest możliwa wyłącznie w razie uznania zasadności roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, to jest wypłaty świadczenia za zgon Ubezpieczonego.

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

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

§ 4

Składka

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

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

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

§ 6

Ustalenie i wypłata świadczenia

1. Z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci na rzecz każdego dziecka Ubezpieczonego świadczenie w postaci renty przez okres wypłaty.
2. Współmałżonek Ubezpieczonego, dziecko Ubezpieczonego lub jego przedstawiciel ustawowy jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) odpis lub poświadczona kopia aktu urodzenia osieroconego dziecka;
 - 3) dokument potwierdzający przysposobienie dziecka przez Ubezpieczonego;

- 4) dokument stwierdzający umocowanie do działania w imieniu osieroconego dziecka.
3. Towarzystwo wypłaca świadczenie w postaci renty miesięcznej, w wysokości określonej w polisie.
4. Jeżeli świadczenie jest zasadne, dziecko jest uprawnione do otrzymania świadczenia od 1. dnia kolejnego miesiąca po zgonie Ubezpieczonego.
5. Towarzystwo zobowiązuje się co miesiąc kierować dyspozycję przekazania świadczenia do realizacji do 5. dnia roboczego każdego miesiąca.
6. W okresie wypłaty renty będzie wypłacana przedstawicielowi ustawowemu dziecka do chwili osiągnięcia przez osierocone dziecko pełnoletności. Po uzyskaniu przez osierocone dziecko pełnoletności świadczenie będzie wypłacane osieroconemu dziecku do zakończenia okresu wypłaty. Jeżeli mimo osiągnięcia pełnoletności osierocone dziecko nie będzie posiadało pełnej zdolności do czynności prawnych, a okres wypłaty nie ulegnie zakończeniu, świadczenie w dalszym ciągu będzie wypłacane przedstawicielowi ustawowemu dziecka. W powyższej sytuacji na przedstawicielu ustawowym dziecka spoczywa obowiązek przedłożenia Towarzystwu w terminie do 30 dni od dnia uzyskania przez osierocone dziecko pełnoletności dokumentu stwierdzającego ograniczenie zdolności do czynności prawnych dziecka albo brak zdolności do czynności prawnych dziecka.
7. Przedstawiciel ustawowy dziecka jest zobowiązany pod rygorem skutków prawnych do informowania Towarzystwa o wszelkich okolicznościach mających wpływ na wypłatę świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, a w szczególności o osiągnięciu pełnoletności przez osierocone dziecko. W razie niepodania do wiadomości Towarzystwa okoliczności mających wpływ na wypłatę świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej Towarzystwo wstrzyma wypłatę świadczenia do czasu uzyskania aktualnych danych adresowych osieroconego dziecka. W razie zgonu dziecka przedstawiciel ustawowy jest obowiązany powiadomić o tym fakcie Towarzystwo.
8. Zgon osieroconego dziecka powoduje zaprzestanie wypłaty renty z dniem zaistnienia zdarzenia.

§7

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 94/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania

(indeks GZ PD 04)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) dziecko Ubezpieczonego – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego w wieku do 20 lat;
 - 3) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 4) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u dziecka Ubezpieczonego objawów choroby albo chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 3, pod warunkiem że objawy te pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a dziecko Ubezpieczonego pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby.
3. W rozumieniu umowy dodatkowej poniższe terminy oznaczają:
 - 1) nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), choroba Hodgkina w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
 - 2) krańcowa niewydolność nerek – stan przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujący się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10ml/min oraz wymagający ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerki;
 - 3) zapalenie mózgu – ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną do najmniej trzytygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego;
 - 4) niewydolność wątroby – krańcową przewlekłą niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem. Potwierdzenie rozpoznania jednoznaczna dokumentacją medyczną. Za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby, będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;
 - 5) cukrzyca – cukrzycę nabytą insulinozależną, o etiologii autoimmunologicznej, trwającą co najmniej 3 miesiące;
 - 6) dystrofia mięśniowa – dystrofię mięśniową typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii). Konieczne jednoznaczne rozpoznanie potwierdzone wyczerpującą dokumentacją medyczną;
 - 7) guzy śródczaszkowe – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych. Wykluczone są torbiele, ziarniniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki oraz guzy rdzenia;
 - 8) śpiączka – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne, oceną w skali śpiączki Glasgow poniżej 9 punktów, koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respirator), trwający co najmniej 96 godzin oraz pozostawiający trwałe ubytki neurologiczne. Konieczna dokumentacja medyczna z leczenia szpitalnego, zawierająca między innymi ocenę stanu neurologicznego przy wypisie.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

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

- 10) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- 11) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi

4. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności w sytuacji, gdy dziecko Ubezpieczonego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie było poddane zaleconemu przez lekarza leczeniu, co miało wpływ na rozwój choroby.
5. Zdarzeń ubezpieczeniowych obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa, w rozumieniu niniejszych Warunków, nie stanowią choroby wymienione w § 1 ust. 3, jeżeli ich objawy wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia § 3

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

Składka § 4

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z dzieci Ubezpieczonego rozpoczyna się po 3-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta została zawarta później niż data przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składek należnych za okres karencji i przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.

Ustalenie i wypłata świadczenia § 6

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego dziecko Ubezpieczonego powinno być poddane opiece lekarskiej.
3. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za dokumenty takie uznaje się również wyniki badań, potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty rozpoznania choroby lub opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.
5. W razie zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania dziecka Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza, w zakresie i o częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Towarzystwa.
6. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony lub dziecko Ubezpieczonego nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.
7. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczy tylko sytuacji, w jakiej kolejne zdarzenia nie wynikają pośrednio lub bezpośrednio ze zdarzenia, za które wypłacono świadczenie.

Postanowienia końcowe § 7

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 18/2005 z dnia 28 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka Ubezpieczonego w szpitalu

(indeks GZ SD 03)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka Ubezpieczonego w szpitalu (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) choroba – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - 2) choroba psychiczna – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD -10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 4) dziecko – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego w wieku do 20 lat;
 - 5) obrażenia ciała – uszkodzenie narządów i układów narządów będące następstwem wypadku lub wypadku przy pracy;
 - 6) przedstawiciel ustawowy – osobę umocowaną do działania w imieniu dziecka;
 - 7) szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego lub w innym organie uprawnionym do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego na terytorium RP, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych Warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska;
 - 8) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 9) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia dziecka Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 10) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na pobycie dziecka Ubezpieczonego w szpitalu przez czas określony w niniejszych Warunkach w celu leczenia choroby lub doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku. Z zastrzeżeniem, iż czas pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w całości wystąpi w okresie ochrony świadczonej przez Towarzystwo i jednocześnie poza okresem karencji, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 1.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie dziecka Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt. 11.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednie lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawania dziecka Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu;
 - 2) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU nr 88, poz. 553 z późn. zm.);
 - 3) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 4) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 5) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 6) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 7) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - 8) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD -10 ;
 - 9) pełnienia przez dziecko Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
 - 10) klęski żywiołowej lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - 11) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
 - 12) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 13) prowadzenia przez dziecko Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 14) prowadzenia przez dziecko Ubezpieczonego pojazdu nie dopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego;
 - 15) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co miało bezpośredni związek z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 16) Pobytu w szpitalu związanego z porodem

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia § 3

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

Składka § 4

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

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa § 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem dziecka Ubezpieczonego:
 - 1) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych chorobą rozpoczyna się po 1-miesięcznym okresie karencji od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta została zawarta później niż data przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 2) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych obrażeniami ciała rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem dziecka Ubezpieczonego zaczyna się zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym została przez Ubezpieczającego na rzecz dziecka Ubezpieczonego zapłacona składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w § 6 oraz w o.w.u.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w o.w.u.

Ustalenie i wypłata świadczenia § 6

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień zawartych w ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 5 pełnych dni.
3. Maksymalna wysokość świadczenia Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego, nie może przekroczyć świadczenia za 60 dni pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od zakończenia pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu.
5. Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, w szczególności kartę informacyjną leczenia szpitalnego. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

Postanowienia końcowe § 7

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 19/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

(indeks GZ FI 04)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).
2. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) całkowity wykup ubezpieczenia – wypłatę całości środków zgromadzonych w każdym funduszu na rachunkach Ubezpieczonego;
 - 2) cena kupna jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza wpłacane składki inwestycyjne na jednostki uczestnictwa;
 - 3) cena sprzedaży jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, po której Towarzystwo przelicza jednostki uczestnictwa, zewidencjonowane na rachunkach przy dokonywaniu wykupu, wypłat z funduszu oraz przeniesienia środków pomiędzy funduszami;
 - 4) częściowy wykup ubezpieczenia – wypłatę części środków zgromadzonych w funduszach na rachunkach Ubezpieczonego;
 - 5) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 6) ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (zwany dalej funduszem) – wydzieloną rachunkowo część aktywów Towarzystwa tworzoną ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia;
 - 7) jednostki uczestnictwa – części o równej wartości, na które jest podzielony fundusz;
 - 8) przeniesienie środków – umorzenie środków jednego z funduszy i przeniesienie ich do innego według wskazania Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego, przy czym przeniesienie środków odbywa się po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa;
 - 9) rachunek A – rachunek, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa każdego funduszu, nabywane na zasadach określonych w niniejszych Warunkach na rzecz danego Ubezpieczonego za składki inwestycyjne wpłacane ze środków pochodzących od Ubezpieczającego;
 - 10) rachunek B – rachunek, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa każdego funduszu, nabywane na zasadach określonych w niniejszych Warunkach na rzecz danego Ubezpieczonego za składki inwestycyjne wpłacane ze środków pochodzących od Ubezpieczonego;
 - 11) składka inwestycyjna – składkę płaconą przez Ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, pochodzącą ze środków Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego;
 - 12) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 13) koszt prowadzenia rachunku – opłatę w wysokości wskazanej w taryfie kosztów potrącaną miesięcznie z rachunków jednostek.

Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 2

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

Składka

§ 3

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest obowiązany opłacać składkę inwestycyjną za osoby objęte odpowiedzialnością na podstawie tej umowy w kwocie równej co najmniej minimalnej składce inwestycyjnej, ustalonej przez Towarzystwo przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający ma prawo opłacać składkę inwestycyjną w wysokości wyższej niż określona w deklaracji przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Składka inwestycyjna jest płacona przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą dla składki w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Składka inwestycyjna jest płacona na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo i jest uważana za opłaconą w dniu wpłynięcia na ten rachunek.

Fundusze

§ 4

1. Fundusze są tworzone:
 - 1) ze składek inwestycyjnych wpłacanych przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonego;
 - 2) ze środków przenoszonych pomiędzy funduszami, z zastrzeżeniem postanowień § 5.

- 3) ze środków transferowanych z rachunku prowadzonego w ramach grupowej umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem na rzecz danego Ubezpieczonego, jeżeli ochrona ubezpieczeniowa względem Ubezpieczonego z tytułu tej umowy wygasła.
 2. Ubezpieczony bądź Ubezpieczający ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród funduszy różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym, w które lokowane będą składki inwestycyjne wpłacane przez Ubezpieczającego.
 3. W ramach każdego funduszu Towarzystwo prowadzi dla każdego z Ubezpieczonych:
 - 1) rachunek A – pod warunkiem, że wpłynęła składka inwestycyjna pochodząca ze środków Ubezpieczającego,
 - 2) rachunek B – pod warunkiem, że wpłynęła składka inwestycyjna pochodząca ze środków Ubezpieczonego.
 4. Maksymalna różnica pomiędzy ceną kupna a ceną sprzedaży jednostek uczestnictwa każdego funduszu jest określona w taryfie kosztów.
 5. Towarzystwo powiadamia Ubezpieczającego o aktualnych wartościach jednostek uczestnictwa każdego z funduszy, a Ubezpieczonych o aktualnej liczbie zgromadzonych na rachunkach jednostek uczestnictwa każdego funduszu – nie rzadziej niż raz na rok.
- składka inwestycyjna, w tym w szczególności imienną listę, o której mowa w ust. 2;
- 2) na rachunku Towarzystwa zostały zaksięgowane środki w wysokości zgodnej z postanowieniami dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz imienną listę, o której mowa w ust. 2.
 4. Jeżeli warunki wymienione w ust. 3 zostały spełnione wcześniej niż na 5 dni przed terminem płatności składki, Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek w dniu, w którym upływa termin płatności składki.
 5. Składki inwestycyjne są lokowane w różnych funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100. W razie braku wskazania funduszy, w których mają być lokowane składki, Towarzystwo lokuje całość składki przeznaczonej na zakup jednostek uczestnictwa w wybranym przez Towarzystwo funduszu. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100, składka inwestycyjna jest lokowana w różnych funduszach, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
 6. Składki inwestycyjne płacone ze środków Ubezpieczonego i składki inwestycyjne płacone ze środków Ubezpieczającego są lokowane w różnych funduszach zgodnie z tym samym podziałem procentowym, z zastrzeżeniem postanowień ust. 9.

Nabywanie jednostek uczestnictwa funduszy

§ 5

1. Jednostki uczestnictwa są nabywane na rzecz każdego z Ubezpieczonych za składki inwestycyjne wpłacane przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego. Kwoty składek inwestycyjnych są przeznaczane na zakup jednostek uczestnictwa funduszy w części określonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia. Za każdą składkę inwestycyjną można nabyć jednostki uczestnictwa jednego lub wielu funduszy, zgodnie ze wskazaniem, o którym mowa w ust. 5.
2. Ubezpieczający, dokonując wpłaty każdej składki inwestycyjnej, dostarcza Towarzystwu imienną listę Ubezpieczonych, ze wskazaniem w szczególności:
 - 1) kwot składek inwestycyjnych wpłacanych przez Ubezpieczającego ze środków pochodzących od Ubezpieczającego (za które będą zakupione jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunku A danego Ubezpieczonego);
 - 2) kwot składek inwestycyjnych wpłacanych przez Ubezpieczającego ze środków pochodzących od Ubezpieczonego (za które będą zakupione jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunku B danego Ubezpieczonego); na rzecz każdego z Ubezpieczonych znajdujących się na liście.
3. Jednostki uczestnictwa każdego funduszu są nabywane według cen kupna jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę inwestycyjną na właściwy rachunek danego Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem, o którym mowa w ust. 2 oraz ust. 5. Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek Ubezpieczonego nie później niż 5. dnia roboczego od dnia, w którym spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Towarzystwo otrzymało od Ubezpieczającego dokumenty określone przez Towarzystwo, niezbędne do zewidencjonowania otrzymanych środków na właściwych rachunkach wszystkich Ubezpieczonych, za których została zapłacona
7. Ubezpieczony, z zastrzeżeniem postanowień ust. 9, może w dowolnym terminie:
 - 1) zmienić podział procentowy każdej następnej składki inwestycyjnej, przeznaczonej na nabycie jednostek uczestnictwa w poszczególnych funduszach;
 - 2) przenosić środki pomiędzy funduszami.

W obu przypadkach pierwsza taka operacja zmiany lub przeniesienia w danym roku polisowym, rozumianym jako 12 miesięcy od daty rocznicy polisy, jest wolna od opłaty. Za każdą następną operację w danym roku polisowym pobierana jest opłata określona w taryfie kosztów. Operacje powyższe dotyczą jednocześnie rachunku A i B, z zastrzeżeniem postanowień ust. 9.
8. Operacje wymienione w ust. 7 są dokonywane na podstawie wniosku na formularzu Towarzystwa, dostarczonego za pośrednictwem Ubezpieczającego i następują:
 - 1) w razie zmiany podziału procentowego, o którym mowa w ust. 7 pkt. 1), w stosunku do każdej następnej składki inwestycyjnej, za którą nabywane są środki po dacie otrzymania wniosku przez Towarzystwo;
 - 2) w razie przenoszenia środków pomiędzy funduszami, o którym mowa w ust. 7 pkt. 2), najpóźniej w ciągu 5 dni roboczych od otrzymania wniosku przez Towarzystwo.
9. Dyspozycje, o których mowa w ust. 5, oraz operacje, o których mowa w ust. 7, są dokonywane na wniosek Ubezpieczonego, zgłoszony na formularzu Towarzystwa. W sytuacji opisanej powyżej:
 - 1) dyspozycje i operacje na rachunku A są dokonywane niezależnie od dyspozycji i operacji na rachunku B, z zastrzeżeniem że każdy wniosek o dokonanie operacji na rachunku A musi być zaakceptowany pisemnie przez Ubezpieczającego pod rygorem nieważności;
 - 2) operacje dokonywane są bezpłatnie raz w roku polisowym, niezależnie dla każdego z rachunków A i B.

Przystąpienie nowych osób do dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 6

Osoby przystępujące do dodatkowej umowy ubezpieczenia muszą spełniać następujące warunki:

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

Staż w umowie dodatkowej

§ 7

1. Na pisemny wniosek Ubezpieczonego, który wystąpił z umowy dodatkowej i nie dokonał całkowitego wykupu środków z rachunków a następnie ponownie przystąpił do umowy dodatkowej po okresie nie dłuższym niż trzy miesiące, zalicza się temu Ubezpieczonemu ciągłość stażu w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. Środki znajdujące się na rachunkach Ubezpieczonego zostają przetransferowane na nowe rachunki tego Ubezpieczonego, z zaliczeniem stażu z poprzedniej umowy dodatkowej pod warunkiem złożenia, w chwili ponownego przystąpienia do umowy dodatkowej wniosku, o którym mowa w ust. 1.
3. Po upływie terminu o którym mowa w ust. 1 Ubezpieczony przystępuje do umowy dodatkowej bez zaliczenia stażu, środki zgromadzone na jego rachunkach są przetransferowane na nowe rachunki, na jego wniosek po pobraniu kosztów wykupu zgodnych z taryfą.
4. Operacja o której mowa w ust. 2 i 3 może być dokonana po uprzedniej, pisemnej zgodzie Ubezpieczającego jeżeli dotyczy środków zgromadzonych na rachunku A.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 8

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się nie wcześniej niż pierwszego dnia następującego po dniu, w którym zostały zewidencjonowane na co najmniej jednym z rachunków Ubezpieczonego jednostki uczestnictwa nabyte za pierwszą składkę.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych wygasa w dniu:
 - 1) zajścia zdarzenia, z tytułu którego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia;
 - 2) zaakceptowania wniosku o całkowity wykup ubezpieczenia;
 - 3) w którym wartość środków zgromadzonych na rachunkach A i B danego Ubezpieczonego zrówna się z wysokością kosztów pobieranych przez Towarzystwo, określonych w taryfie kosztów;
 - 4) wygaśnięcia odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia z innego powodu niż ukończenie przez Ubezpieczonego 65 roku życia, o którym mowa w o.w.u.;
 - 5) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia w sytuacjach określonych w § 11;
 - 6) w dniu wystąpienia Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia.
3. W razie wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia z powodu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia – odpowiedzialność względem tego Ubezpieczonego z tytułu umowy dodatkowej trwa dalej, pod warunkiem że Ubezpieczony jest zatrudniony u Ubezpieczającego i nie złożył wniosku o całkowity wykup ubezpieczenia.

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

Wykup ubezpieczenia

§ 9

1. Ubezpieczony może dokonać całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia w czasie trwania umowy wyłącznie na zasadach określonych poniżej.
2. Wniosek o całkowity oraz częściowy wykup ubezpieczenia jest składany na piśmie przez:
 - 1) Ubezpieczonego po akceptacji Ubezpieczającego – w razie wykupu z rachunku A;
 - 2) Ubezpieczonego – w razie wykupu z rachunku B.
3. Wniosek o całkowity lub częściowy wykup ubezpieczenia dotyczący jednostek znajdujących się na rachunku A Ubezpieczonego powinien zawierać pisemną akceptację wykupu przez Ubezpieczającego.
4. Całkowity wykup ubezpieczenia polega na wypłacie wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach Ubezpieczonego, który złożył pisemny wniosek o wykup, przy zachowaniu postanowień ust. 2 i ust. 3.
5. Częściowy wykup ubezpieczenia polega na wypłacie wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach Ubezpieczonego, który złożył pisemny wniosek o wykup, wskazujący jaka kwota środków i z których funduszy ma podlegać wykupowi, przy zachowaniu postanowień ust. 2 i ust. 3.
6. Zarówno w wypadku całkowitego, jak i częściowego wykupu ubezpieczenia liczba jednostek odpowiadających swojej wartością kwocie dokonywanego wykupu jest odejmowana z rachunku, którego dotyczył wniosek o wykup.
7. Kwotę należną z tytułu całkowitego bądź częściowego wykupu ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia Towarzystwu pisemnego wniosku o wykup, o którym mowa w ust. 2, w formie jednorazowej wypłaty.
8. Wartość wykupu (całkowitego lub częściowego) jest ustalana według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zaakceptowania przez Towarzystwo pisemnego wniosku o wypłatę kwoty całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia.
9. Kwota wartości całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia jest pomniejszana przed jej wypłaceniem o koszty wykupu określone przez Towarzystwo.
10. Kwota wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia jest przed jej wypłaceniem powiększana o kwoty zapłaconych na rzecz danego Ubezpieczonego składek, za które nie zostały jeszcze zakupione jednostki uczestnictwa.
11. Wysokość kosztów związanych z dokonywaniem wykupu ubezpieczenia, a także zasady ich pobierania, określane są na podstawie obowiązującej taryfy kosztów.
12. Niezależnie od innych postanowień Warunków, Towarzystwo wypłaca kwotę w wysokości wartości całkowitego wykupu

- ubezpieczenia bez potrącania kosztów wykupu w następujących przypadkach:
- 1) zgonu Ubezpieczonego – Uposażonemu zgodnie z umową ubezpieczenia, na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia;
 - 2) świadczenia z tytułu wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to jest objęte odpowiedzialnością Towarzystwa – Ubezpieczonemu, na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa;
 - 3) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, w sytuacjach określonych w § 11, w terminie 30 dni od daty pisma informującego Ubezpieczającego o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia;
 - 4) transferu środków, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt. 3 Warunków na wniosek Ubezpieczającego.
13. Wypłata kwoty wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia kończy odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem Ubezpieczonego, którego dotyczył wykup.
14. Wartość wykupu całkowitego jest ustalana w przypadkach:
- 1) o którym mowa w ust. 12 pkt. 1) – według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) o którym mowa w ust. 12 pkt. 2) – według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zaakceptowania wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego;
 - 3) o którym mowa w ust. 12 pkt. 3) – według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.
 - 4) o którym mowa w ust. 12 pkt. 4) – według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o transfer środków.
15. W razie ustania stosunku pracy – jeżeli Ubezpieczony nie uzyska akceptacji Ubezpieczającego dotyczącej całkowitego wykupu ubezpieczenia, o której mowa w § 8 ust. 3 jednostki uczestnictwa znajdujące się na rachunku A danego Ubezpieczonego mogą, zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego doręczonym Towarzystwu:
- 1) powiększać liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach A pozostałych Ubezpieczonych, objętych dodatkową umową ubezpieczenia;
 - 2) zostać zablokowane na rachunku A do dnia upływu okresu wskazanego przez Ubezpieczającego.
16. Wskazanie sposobu rozporządzenia jednostkami zgromadzonymi na rachunku A, o którym mowa w ust. 15, doręczone Towarzystwu jest wiążące w stosunku do wszystkich osób objętych dodatkową umową ubezpieczenia.
17. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może zablokować środki znajdujące się na rachunkach A Ubezpieczonych do dnia upływu okresu wskazanego przez Ubezpieczającego.
18. O ile strony nie postanowią inaczej:
- 1) w okresie pierwszych 5 lat – licząc od końca roku, w którym rozpoczęła się odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia – wyłącza się możliwość zaciągania przez Ubezpieczonego zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia do tych świadczeń lub do tej części świadczeń, do których Ubezpieczony nabył prawo w związku z wpłacaniem przez Ubezpieczającego składek w wysokości, w jakiej składki te zostały uznane za koszt uzyskania przychodu przez Ubezpieczającego;
 - 2) w okresie pierwszych 5 lat – licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpoczęła się odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia – wyłącza się możliwość dokonania wykupu z rachunku A tego Ubezpieczonego;
 - 3) osobą uprawnioną do wypłaty świadczeń z umowy ubezpieczenia nie może być Ubezpieczający.

Zawieszenie opłacania składki § 10

1. Za zgodą Towarzystwa obowiązek opłacania składek na rzecz danego Ubezpieczonego może zostać zawieszony. Zawieszenie następuje na wniosek złożony przez Ubezpieczonego, doręczony Towarzystwu za pośrednictwem Ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed terminem płatności składki.
2. Obowiązek opłacania składki ulega zawieszeniu na okres wskazany we wniosku, o którym mowa w ust. 1, ale nie dłużej niż na 12 miesięcy.
3. W okresie zawieszenia nie są pobierane koszty prowadzenia rachunków, określone w obowiązującej taryfie kosztów.

Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia § 11

Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:

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

Postanowienia końcowe § 12

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u. oraz Regulaminu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 20/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2005 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Taryfa kosztów do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

o indeksie GZ FI 04

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


O ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, to: [ks1]

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

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

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

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



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupowego ubezpieczenia na życie o indeksie GZ 07

Zakres ubezpieczenia

Indeks o.w.u.

Zakres podstawowy

Zgon Ubezpieczonego	GZ 07
Zakres rozszerzony – umowy dotyczące Ubezpieczonego	
Zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku	GZ NW 04
Zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	GZ WK 03
Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GZ WZ 04
Inwalidztwo Ubezpieczonego	GZ IN 04
Częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie wypadku – pełna ochrona	GZ CP 04
Częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie wypadku	GZ CI 05
Wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania	GZ PW 04
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu	GZ SU 04
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku	GZ SNW 02
Leczenie operacyjne Ubezpieczonego	GZ LO 02
Niezdolność do pracy z powodu choroby zawodowej 1)	GZ CZ 03
Świadczenia opiekuńcze dla Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego	GZ AU 04
Świadczenia opiekuńcze związane z utratą pracy przez Ubezpieczonego z przyczyn dotyczących Pracodawcy	GZ UP 01
Zakres rozszerzony – umowy dotyczące rodziny Ubezpieczonego	
Zgon współmałżonka Ubezpieczonego	GZ ZW 04
Zgon współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku	GZ ZN 03
Wystąpienie u współmałżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania	GZ PZ 04
Częściowe inwalidztwo współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku	GZ IW 04
Zgon współmałżonka Ubezpieczonego po zgonie Ubezpieczonego	GZ ZU 04
Zgon rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego	GZ ZR 05
Zgon rodzica Ubezpieczonego	GZ ZRU 02
Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	GZ UD 05
Zgon dziecka Ubezpieczonego i urodzenie się martwego dziecka	GZ ZD 04
Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	GZ OD 03
Wypłata renty miesięcznej w razie osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego	GZ OR 02
Wystąpienie u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania	GZ PD 04
Leczenie dziecka Ubezpieczonego w szpitalu	GZ SD 03
Zakres rozszerzony – umowy inwestycyjne	
Dodatkowe ubezpieczenie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym	GZ FI 04,

1) oferowane tylko dla wybranych grup zawodowych